FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'AMIBIASE CHRONIQUE EN FRANCE

(ETUDE CLINIQUE)

PAR

E. CHARPIN

Président : M. HUTINEL, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU BAR
Clinique d'accouchement	COUVELAIRE RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR V. HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES PREMIERS MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
D'AIX-EN-PROVENCE

M. LE DOCTEUR V. LATIL

M. LE DOCTEUR H. VADON

M. LE MÉDECIN PRINCIPAL
DE 1re CLASSE BARTHÉLÉMY

M. LE DOCTEUR M. THOMAS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MARSEILLE

M. LE PROFESSEUR E. DELANGLADE
(*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR J. ESCAT

M. LE PROFESSEUR L. IMBERT

A MES MAITRES DE L'EXTERNAT
ET DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR E. SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Charité

M. LE PROFESSEUR H. VAQUEZ

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Pitié

M. LE DOCTEUR P. RAVAUT

Médecin de l'hopital Broca

M. LE DOCTEUR J. BELIN

Médecin de la Charité

MM. LES DOCTEURS

COURCOUX, médecin des hopitaux, SAUVÉ, chirurgien des hopitaux, ESMEIN, médecin des hopitaux, MAILLET, chef de clinique médicale infantile.

INTRODUCTION

L'histoire de l'Amibiase (1) en France est maintenant bien connue. Nous en rappellerons seulement les points principaux.

Avant la guerre, l'Amibiase paraissait exceptionnelle dans les pays tempérés. A l'étranger, le premier cas avait été signalé à Kiel par Quincke et Ross, en 1893 ; quelques autres malades furent observés dans l'île de Sakhaline par Lobas, en 1914, la même année, à Vienne (Autriche), par Manner, en 1896 à Berlin, par Boas et Borchardt, enfin en 1904 en Silésie, par Albu. En France, la première publication sur ce sujet est la communication de Dopter en 1904 ; puis vinrent les observations de médecins lyonnais, Paviot et Garin entre autres, la thèse de Baudin, les études de Lesage et Bobillier, Caussade et Joltrain, Billet, Galliard et Brumpt... Malgré tout, les cas d'amibiase autochtone restaient des curiosités cliniques, et lorsque, en 1914,

(1) A l'exemple de notre maître, M. Ravaut, nous substituons le terme d'Amibiase à celui de Dysenterie amibienne. En effet, dans les cas observés en France, le syndrome dysentérique fait souvent défaut. De plus, les metastases hépatiques, les troubles généraux, les signes d'insuffisance surrénale... donnent à l'affection l'allure d'une maladie générale bien plus que d'une dysenterie, au sens strict du mot.

MM. Landouzy et Debré en faisaient le recensement, ils ne pouvaient réunir que 14 observations. Dès 1913, M. Chauffard, avec son intuition coutumière, avait soupçonné que le polymorphisme clinique de cette affection la faisait sans doute méconnaître souvent, qu'elle devait être, en France, moins exceptionnelle qu'on ne le pensait, et qu'elle pourrait y prendre, à l'occasion, une extension redoutable. Mais la plupart des médecins s'en tenaient à cette affirmation de M. Dopter : « En Europe, la dysenterie amibienne est pour ainsi dire absente. En France, on ne l'observe guère que chez les coloniaux rapatriés, ayant contracté leur dysenterie dans les pays tropicaux » (1).

La guerre vint réaliser trop complètement les prévisions de M. Chauffard.

Dès la fin de septembre 1914 apparurent, dans les armées en campagne, des troubles intestinaux variés que l'on confondit sous l'appellation vague de « diarrhées des tranchées ». Nous avons rappelé ailleurs (2) comment des idées préconçues d'une part, une interprétation erronée du séro-diagnostic de l'autre, conduisirent certains laboratoires militaires à incriminer uniquement les bacilles dysentériques et paratyphique B. Dans un grand nombre de cas, il s'agissait, en réalité, de dysenterie amibienne masquée, « camouflée » par des infections secondaires. C'est M. Ravaut qui eut le mérite de le démontrer le premier.

---

(1) Dopter — Les dysenteries. Doin 1910, p 119.

(2) Ravaut et Charpin. — L'Amibiase en France pendant la guerre. *Journal Médical Français* août 1919.

C'est encore lui qui, dans une série de travaux échelonnés de 1915 à 1919, établit définitivement la fréquence de l'amibiase autochtone, vulgarisa et rendit pratique la recherche des kystes amibiens, décrivit les multiples aspects cliniques de l'amibiase intestinale ou hépatique, précisa les directives de son traitement. Ses conclusions ont été confirmées si souvent qu'après avoir été accueillies avec scepticisme elles paraissent maintenant banales. Il est admis par tous que désormais nous devons, en France, compter avec l'amibiase.

Tout d'abord, les cas en seront plus nombreux. Aux coloniaux infectés depuis longtemps, sont venus s'ajouter les milliers d'évacués de l'Armée d'Orient, les très nombreux soldats qui, sur le front français ou dans les régions de l'intérieur, ont été contaminés par les contingents indigènes.

De plus, nous savons maintenant dépister les cas frustes d'Amibiase qui jadis passaient constamment inaperçus. Nous avons acquis la conviction que les foyers méconnus d'amibiase ne manquaient pas en France avant la guerre, en particulier le long du littoral méditerranéen.

En additionnant ces cas anciens méconnus aux cas d'importation récente, on atteint un total impressionnant. Une statistique personnelle portant sur 14 mois nous a montré que, parmi des soldats atteints de troubles gastro-intestinaux variés, 20 % étaient porteurs d'amibes ou de kystes amibiens. Encore

laissons-nous de côté les coloniaux d'origine ou de carrière pour lesquels le pourcentage était plus fort (25 %). Parmi nos amibiens, un grand nombre n'avaient jamais quitté l'intériuer. Il est juste de noter que nos recherches étaient pratiquées dans un service spécialisé et dans une région que les deux grands ports de Marseille et de Toulon exposent particulièrement à l'invasion des maladies exotiques. Néanmoins, comme nos malades appartenaient à toutes les provinces de France, on doit actuellement retrouver des amibiens dans toutes les régions. On en trouve, en tout cas, dans des services de médecine générale des hôpitaux parisiens. L'Amibiase mérite désormais l'attention de tous les médecins français.

Son étude est devenue très complexe : formes suraiguës, crises dysentériques, amibiase chronique, amibiase purement intestinale, hépatites simples, abcès du foie, abcès du cerveau, lésions toxiques des surrénales... ajoutons les problèmes épidémiologiques, les discussions thérapeutiques que cette étude soulève, et nous comprendrons la nécessité de limiter notre sujet.

Tout d'abord, *nous ne parlerons que de cas observés en France ;* nous ne ferons pas de pathologie exotique.

Ensuite, *nous étudierons en détail seulement l'Amibiase chronique.* Nous ne ferons que citer les formes suraiguës décrites par Ravaut et par Bloch, simulant une septicémie, une fièvre typhoïde, une

gastro-entérite aiguë. Ces formes ont été rares pendant la guerre, malgré toutes les circonstances favorisantes, nous n'en avons rencontré qu'un seul cas à l'intérieur, elles seront sans doute tout à fait exceptionnelles à l'avenir, dans les conditions normales de la vie ; de plus, leur pathogénie, le rôle des infections secondaires ne paraît pas encore nettement élucidé. Nous ne décrirons que très brièvement la phase aiguë par laquelle débute en général l'amibiase, et les crises dysentériques, depuis longtemps bien connues.

Nous ne passerons pas en revue toutes les localisations de l'amibe. Nous laisserons de côté toutes les complications exceptionnelles pour nous attacher surtout à l'étude des complications hépatiques, si fréquentes et si graves.

Enfin, nous étudierons cette amibiase chronique *au seul point de vue clinique*, négligeant momentanément l'étiologie, l'anatomie pathologique et le traitement. Nous ne citerons que les recherches de laboratoire indispensables, celles que le praticien ne peut pas ignorer ou négliger.

Ce travail n'a pas la prétention d'être une revue générale. Nous rapporterons ce que nous avons vu. Nos descriptions cliniques sont basées sur 200 observations personnelles, dont quelques-unes portent sur une année entière : toutes ont été prises dans le service et sous la direction de M. Ravaut. Les éléments de coprologie microscopique qui terminent cet ex-

posé sont fondés sur environ 7.000 examens de selles que nous avons personnellement pratiquées dans le laboratoire de M. Ravaut.

CHAPITRE I

Formes cliniques de l'Amibiase intestinale chronique

Le début de la dysenterie amibienne est rarement observé : il est en effet extrêmement banal. Le sujet se sent las, perd l'appétit, se plaint d'une soif ardente, signale une diarrhée d'abondance moyenne et sans caractères spéciaux ; sa langue est sale, son abdomen sensible, il n'a pas de fièvre ou seulement une fièvre légère. Ce sont, en somme, les signes d'un embarras gastro-intestinal bénin.

Ces symptômes s'aggravent progressivement ; au bout d'une à trois semaines, le syndrome dysentérique est constitué. Il comprend des douleurs abdominales, du tenesme, des épreintes, des selles spéciales.

Les douleurs sont presque continues avec des paroxysmes que seule une défécation calme momentanément ; elles occupent toute la région colique, avec maximum dans la fosse iliaque gauche.

En même temps, le malade éprouve une sensation de tension douloureuse au périnée, de corps étranger rectal, et fait des efforts constants qui aboutissent à l'expulsion d'une selle très peu abondante ; le passage de celle-ci brûle l'anus, donne une impression atroce de déchirure. Parfois, à ces douleurs rectales s'ajoute du ténesme vésical.

Les selles dysentériques typiques sont nombreuses (10 à 20 par 24 heures) mais très peu abondantes. Ce ne sont pas de vraies selles, elles ne contiennent pas de matières fécales, le dysentérique est un constipé. Au prix d'efforts horriblement douloureux, il n'expulse qu'un petit amas de glaires et de sang, c'est le crachat intestinal, rappelant tantôt le blanc d'œuf, tantôt la graisse demi-fluide, tantôt le crachat rouillé du pneumonique. Plus rarement la selle est horriblement fétide et contient des lambeaux de muqueuse spacélée.

Très rapidement le malade se déshydrate, s'anémie, devient incapable du moindre effort.

Si un traitement convenable est prescrit, au bout de quelques jours la crise dysentérique s'apaise. L'accalmie peut durer des années. Plus souvent, après quelques semaines, quelques mois au plus, sous l'influence d'une fatigue, d'un écart de régime, une nouvelle crise éclate.

On ne connaissait autrefois, de la dysenterie, que les manifestations paroxystiques dont nous venons de rappeler les caractères principaux. La crise dysentérique résumait toute la maladie, c'était contre

elle seule qu'était dirigée la thérapeutique. La crise apaisée, le malade était considéré comme guéri. Une crise nouvelle apparaissait comme une récidive.

On admet, au contraire, maintenant que, comme toute maladie à protozoaires, comme la syphilis, comme le paludisme, l'amibiase est essentiellement chronique. La crise dysentérique n'est, dans son évolution, qu'un épisode. Quand cette phase bruyante est terminée, l'amibe continue ses méfaits, s'implantant de plus en plus profondément dans l'organisme, préparant sournoisement des lésions intestinales incurables, de graves complications hépatiques.

La notion de cette chronicité de l'amibiase n'a pas qu'un intérêt nosologique, elle est de la plus grande importance pratique au double point de vue du diagnostic et du traitement.

C'est en effet le plus souvent sous cet aspect de malades chroniques que les amibiens se présentent à nous. Il importe que nous sachions faire le diagnostic sans attendre une crise.

Il est de plus évident qu'une maladie chronique exige un traitement chronique, qu'il ne faut pas abandonner la lutte contre l'amibe dès que la crise dysentérique est jugulée, mais qu'il est indispensable de traiter l'amibiase systématiquement, comme on traite la syphilis.

Enfin, les traitements qui paraissaient d'une efficacité certaine tant qu'on les dirigeait seulement contre la crise dysentérique, se sont montrés souvent

impuissants contre l'amibiase chronique. Les injections d'émétine apaisent rapidement les crises, agissent encore énergiquement sur les hépatites, mais, contre l'amibiase intestinale chronique, leur action est incertaine. On a cherché d'autres médicaments, l'iodure double de bismuth et d'émétine est le plus connu. Nous avons montré (1) que, bien plus que le choix du médicament, c'est la voie d'absorption qui importe. Les injections conviennent aux phases aiguës mais, pour améliorer cette amibiase chronique qui est la forme habituelle chez nous, c'est la voie buccale qu'il faut adopter.

Quelle est donc la symptomatologie de l'amibiase intestinale chronique? Nous décrirons d'abord la forme qui nous a paru la plus fréquente, ensuite les formes atypiques.

FORME HABITUELLE

Après une crise dysentérique qui peut être typique, mais qui souvent est discrète et brève, le malade est soulagé mais non guéri. L'appétit reste très diminué, les digestions sont lentes, accompagnées d'une sensation de pesanteur, de ballonnement abdominal ; des renvois de gaz putrides sont parfois observés.

La sensibilité abdominale est constante, les dysentériques chroniques « sentent leur ventre » (Dopter).

(1) Ravaut et Charpin. — Recherches sur le traitement mixte de l'Amibiase intestinale chronique par la voie buccale. *Paris Médical*, 16 août 1919.

Tantôt ils ont l'impression que leur ventre tombe et le maintiennent avec une ceinture de flanelle serrée, tantôt, au contraire, ils éprouvent une sensation de plénitude, de tension, et redoutent la moindre constriction.

Certains malades souffrent des reins, sentent une « barre lombaire ». Ces douleurs sont parfois assez marquées pour faire songer à une affection rénale :

Vi..., 49 ans, est, à cause de ce symptôme, envoyé dans le service pour « néphrite ».

Broc..., 40 ans, est soigné pour « pyelonephrite », puis pour « rein mobile ». Chez ces deux malades un examen plus complet permit de rapporter les douleurs lombaires à leur vraie cause, l'amibiase chronique ; elles disparurent à la suite d'un traitement anti-amibien.

Presque toujours il existe de vraies douleurs abdominales, tantôt coliques banales, tantôt picotements en coups d'épingle sur le trajet des colons. La douleur se localise avec prédilection dans la fosse iliaque gauche et dans l'hypochondre droit. Dans ce dernier cas, la radioscopie montre qu'il faut la rapporter non pas au foie, mais à l'angle hépatique du colon. Faute d'un examen approfondi, l'erreur est souvent commise.

Cai... 36 ans, est évacué deux fois pour « coliques hépatiques ». On arrive à découvrir que les selles, souvent bilieuses, ont parfois été glairo-sanglantes ; elles contiennent encore des kystes amibiens. Après un traitement anti-amibien énergique, les troubles

digestifs et les prétendues coliques hépatiquse n'ont plus reparu.

Parfois les douleurs sont plus violentes, avec sensation de torsion irradiant jusqu'au rectum et ne cessant qu'après une défécation dont le besoin s'est impérieusement fait sentir.

Le nombre *de selles* en 24 heures est irrégulier. Elles se produisent de préférence après les repas, et sont fréquemment abondantes : en une seule défécation un malade peut remplir à moitié son vase de matières molles, pâteuses, en « bouse de vache ». Cet aspect typique n'est pas absolument constant ; on observe aussi des alternatives de constipation et de diarrhée banale.

Le malade maigrit, somnole facilement et dort très mal ; il est las dès le réveil ; la température reste normale.

Le teint est jaune, terreux, les conjonctives sont pâles, parfois subictériques. La langue est sale, pâteuse au réveil. Le ventre est flasque. Le gros intestin est le plus souvent palpable sous forme d'une corde colique surtout nette pour le colon descendant. Cette palpation est douloureuse surtout au niveau du creux épigastrique et de la région iliaque gauche. Parfois les points sensibles de la fosse iliaque gauche sont aussi nets que ceux de la fosse droite dans l'appendicite chronique. Le foie est fréquemment augmenté de volume.

L'examen des autres appareils donne peu de signes. Il n'existe pas, dans l'amibiase non compli-

quée, de syndrome hématologique typique. Voici, pour la formule leucocytaire, nos chiffres extrêmes et nos chiffres moyens.

	Chiffres extrêmes	Chiffres moyens
Polynucl. neutrophiles...	51.5 à 83 %	65 %
eosinophiles	0 à 12	4.16
basophiles..	0 à 0,66	0,08
Mononucl. lymphocyt.....	7,5 à 24	14,5
moyens.....	4.5 à 17	10
grands.....	0 à 7	3,33
Types de transition.....	0 à 4	2,8

La recherche dans le sang d'une sensibilisatrice spécifique n'a pas encore donné de résultats.

FORMES ATYPIQUES

Nous groupons sous le nom de formes atypiques celles qui jamais ne présentent le syndrome dysentérique caratéristique. Ces formes sont fréquentes. Parmi nos malades, 40 % n'ont jamais eu ni ténesme, ni épreintes, ni selles glairo-sanguinolentes.

1. *Forme diarrhéique.*

De nombreux malades se plaignent seulement de diarrhée rebelle. Ils ont été évacués pour « Entérite » aiguë ou chronique, « gastro-entérite », « entéro-colite muco-membraneuse ».

L'un d'entre eux, Man..., 37 ans, souffrait depuis l'âge de 19 ans d'alternatives de diarrhée et de constipation. Ces troubles s'étaient accusés depuis son service militai-

re. Ils le firent évacuer du front de Champagne. Rien dans les antécédents ne permettait de suspecter l'amibiase : aucun séjour aux colonies ou même dans le Midi, aucune crise dysentérique même légère. Le père du malade, vigneron en Champagne, avait lui-même depuis très longtemps de la diarrhée. Cependant, les selles contenaient des kystes dysentériques et cet homme qui traînait depuis deux ans dans les hôpitaux put, après deux mois de traitement anti-amibien être renvoyé à son corps et reprendre son service.

Mattei et Bloch ont minutieusement décrit ces diarrhées amibiennes. Nous signalerons seulement les types que nous avons le plus souvent observés.

Les selles peuvent être *glaireuses*. Tantôt les glaires sont incolores, translucides, semblables à du blanc d'œuf cru, tantôt, plus épaisses, plus opaques, elles se teintent d'une couleur allant du brun caramel au vert doré. Un autre type, plus rare, a été bien décrit par Mattei et Bloch : « ... selles liquides un peu collantes, de couleur bilieuse ou jaune ocre avec en suspension des grains muqueux semblables au tapioca bien cuit, du volume de 2 à 3 grains conglomérés. Quand on incline le récipient, ces grains transparents glissent sur le fond du vase plus lentement que le liquide qui les noie et font une tâche pâle sur le fond coloré. »

Les selles peuvent être *muco-membraneuses*. On y voit alors, tantôt de larges membranes déchiquetées, à bords enroulés, simulant des lambeaux de muqueuse (des « peaux » disent les malades), ressem-

blant à des tronçons de tœnia, tantôt des filaments enchevêtrés comme des paquets de vermicelle.

Les selles sont parfois *crémeuses* d'un jaune assez pâle ou d'un jaune roux.

Les selles peuvent être *mousseuses* ; elles ont alors une odeur fade, écœurante, leur couleur est jaune ou verdâtre.

Enfin parfois on n'observe qu'*une diarrhée tout à fait banale*, telle qu'on le voit dans les indigestions par exemple : selles liquides, fétides, jaune sale, contenant des débris d'aliments incomplètement digérés, grains de raisin, fragments d'écorces...

Nous verrons plus loin un type assez spécial de diarrhée provoquée par l'association du Lamblia et de l'Amibe.

Nous avons observé ces formes diarrhéiques chez un peu plus d'1/20e de nos malades. Il semble donc nécessaire de reviser le groupe confus des entérites et des entéro-colites glaireuses, muco-membraneuses ou même banales : l'amibiase en réclamera certainement une partie qui ne sera pas négligeable.

2°*Forme gastrique.*

C'est la plus fréquente des formes anormales ; nous l'avons observée chez un malade sur neuf environ. La proportion serait beaucoup plus forte si nous comptions tous les soldats qui, après un examen sommaire, étaient envoyés dans le service pour « dyspepsie », « troubles gastriques ». Nous n'avons en vue que les amibiens qui présentaient des signes gastriques as-

sez accusés, assez persistants pour égarer un examen sérieux, sinon complet.

Voici un exemple : Po... 19 ans. N'a jamais quitté Marseille. Dit souffrir de l'estomac depuis l'âge de 6 ans. A 8 ans est soigné pour « ulcère de la bouche de l'estomac », a une hématemèse abondante de sang coagulé. Rechute à 13 ans. Nous est envoyé pour « ulcère de l'estomac ». Trois ou quatre heures après le repas, crampes d'estomac très douloureuses, nausées, regurgitations aiguës et d'odeur très mauvaise après lesquelles le malade se sent soulagé. Constipation habituelle, de temps à autre diarrhée. Po... aurait parfois remarqué dans ses selles des glaires et des caillots de sang. A l'examen des selles, kystes dysentériques, nombreuses amibes immobiles.

Traitement anti-amibien par la voie buccale.

Les kystes disparaissent et, simultanément, les troubles digestifs sont très améliorés. Po... a gagné 2 kilog. Il sort, après 40 jours d'hôpital, apte à reprendre son service.

Ces malades accusent une anorexie presque complète. L'ingestion des aliments est suivie, après cinq minutes dans certains cas, après une heure seulement dans d'autres, d'une sensation de pesanteur douloureuse, ou même de douleurs épigastriques vraies. Des régurgitations amères ou fétides ne sont pas rares. On observe parfois de vrais vomissements sans horaire fixe ; ils ont été extrêmement rebelles chez deux de nos malades. Les selles sont irrégulières, tantôt dures, tantôt diarrhéiques.

La langue est saburrale, le ventre un peu ballonné

est douloureux dans la région épigastrique et aussi, presque toujours, dans la fosse iliaque gauche. L'examen du suc gastrique dénote parfois une légère hypopepsie, la présence d'acides de fermentation. La radioscopie montre l'estomac normal comme forme, atone en général.

En présence de troubles gastriques vagues, il ne faut donc pas négliger l'examen de tout l'abdomen. Les douleurs épigastriques sont d'origine colique aussi souvent que d'origine gastrique ; on recherchera les autres signes d'une réaction colique, les douleurs dans les flancs et les fosses iliaques, surtout à gauche, la corde colique, les modifications des selles.

3° *Forme appendiculaire.*

En décrivant la forme habituelle de l'amibiase chronique, nous avons signalé la fréquence de douleurs dans la fosse iliaque gauche, aussi nettes que la douleur de la fosse iliaque droite dans l'appendicite. Les lésions dysentériques se localisent, en effet, de préférence ou sont en général plus marquées dans le dernier segment du gros intestin. Mais elles n'épargnent pas le cœcum ; elles peuvent — plus rarement — y prédominer. Dans ce cas, lorsque des troubles digestifs vagues, quelques vomissements, des douleurs parfois violentes attirent l'attention sur l'abdomen, si l'on trouve, à la palpation, une zone nettement douloureuse dans la fosse iliaque droite, il est presque inévitable qu'on ne pousse pas l'examen plus

loin et qu'on fasse le diagnostic d'appendicite sans même songer à examiner les selles.

L'erreur, à notre connaissance, a été plusieurs fois commise :

Poll..., 33 ans. Avant la mobilisation, habitait Marseille. Il eut, en 1910 et 1913, des crises abdominales très douloureuses qui furent étiquetées « crises d'appendicite ». Depuis les selles ne sont plus normales : alternatives de diarrhée et de constipation.

Venant de Verdun, il se fait hospitaliser pendant une permission. Il se plaint surtout de constipation opiniâtre. De plus, après le repas, sensation de brûlure épigastrique, parfois vomissements alimentaires. Quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. Aucun autre signe anormal.

On trouve dans les selles des kystes dysentériques. Après un traitement par injections d'abord, puis par voie buccale, le malade très amélioré part en convalescence.

Un autre de nos malades avait même subi l'appendicectomie, sans aucun avantage naturellement.

4° *Forme rectale.*

La forme rectale de la dysenterie amibienne est connue depuis longtemps.

Dans les cas les plus accentués, la rectite est très douloureuse et, par ses irradiations vers le périnée surtout, peut faire croire à une maladie vésicale ou prostatique.

R.... 38 ans. N'a jamais quitté la France. A toujours habité sur le littoral méditerranéen. Depuis 10 ans éprou-

ve des envies d'uriner fréquentes et douloureuses, rendues plus aiguës par la fatigue et particulièrement par tout voyage en chemin de fer. Sensation de brûlure à l'anus, alternatives de constipation et de diarrhée. Un spécialiste, pensant à une prostatite, le traite, sans succès, par de coûteux massages de la prostate.

Fait 29 mois de front, puis est évacué pour « prostatite chronique et faiblesse générale ». M. le médecin-major Escat trouve la prostate et les voies urinaires de ce malade normales et l'envoie dans le service du secteur.

L'examen des selles fait découvrir des amibes dysentériques à la phase tetragena, des kystes de ces amibes, des kystes de l'Amœba Coli. Le traitement (Emetine et Arrhénal) fait disparaître les parasites. La défécation et la miction redeviennent normales; il persiste de l'anémie, de la faiblesse générale, et R... est proposé pour un long congé de convalescence.

Le diagnostic de ces formes est relativement facile. La vessie et la prostate étant mises hors de cause, l'examen du rectum s'impose et suffit.

Mais dans certains cas, plus embarrassants, il s'agit de rectite sèche. Flandin a bien décrit ce type que nous avons nous-même rencontré plusieurs fois.

Les malades sont avant tout des constipés. Ils ont la sensation d'une atonie rectale complète. Les efforts qu'ils font pour aller à la selle leur paraissent absolument inefficaces, ils ne sentent par le bol fécal progresser : « Il me semble, disait l'un d'entre eux, que mon intestin est un tube rigide qui ne se contracte plus ».

Les selles sont peu abondantes, sèches, dures.

Dans les cas légers elles sont seulement rubannées, bien souvent elles sont ovillées, forment de vraies scyballes. D'ordinaire elles se composent uniquement de résidus alimentaires, parfois elles sont enrobées dans une petite quantité de sang rouge ou contiennent quelques traînées glaireuses épaisses, « de la graisse », disent les malades.

La rectoscopie montre dans ces cas une muqueuse sèche, lisse, rouge, rayée de petites ulcérations en coups d'ongle. La radioscopie, après lavement de bismuth, donne une image cylindroïde de l'anse sigmoïde, sans aucune de ces ondulations, de ces encoches qui dessinent une contraction intestinale.

L'amibiase peut donc créer un syndrome de rectite douloureuse ou de rectite sèche. Il est très vraisemblable qu'elle doit de plus intervenir dans l'étiologie souvent mal connue des rétrécissements du rectum. Sans doute, en général, les ulcérations dysentériques sont trop superficielles pour amorcer une sténose, mais nous avons le souvenir de l'autopsie du sergent Be... mort d'abcès amibien du foie. Le rectum, depuis l'anus jusqu'à la limite supérieure de l'ampoule, était transformé en un tube rigide à parois épaisses, lardacées ; la sténose était typique, il existait une véritable filière longue d'une dizaine de centimètres.

Cet examen, joint à nos observations cliniques, nous fait juger indispensable de toujours penser à

l'amibiase quand on cherche la cause de troubles rectaux.

5. *Formes pseudo-tuberculeuse.*

Une observation indiquera, mieux que toutes les descriptions, les caractères de cette forme et son importance.

Gr..., 24 ans. Originaire de Fuveau (Bouches-du-Rhône), n'a jamais été sur aucun front. Ajourné, puis réformé temporaire, puis service auxiliaire, tombe malade dans la Drôme. Est hospitalisé d'abord pour « courbature fébrile et anémie ». Mais la fièvre persiste, à grandes oscillations, avec des températures vespérales de 39°, 40°, l'état général devient de plus en plus mauvais; on croit à une bacillose évolutive. Les crachats sont examinés, ils ne contiennent pas de bacilles de Koch. En raison de douleurs abdominales, d'une certaine sensation d'empâtement à la palpation des flancs, on se rejette sur le diagnostic de péritonite tuberculeuse. De toute façon le pronostic parait désespéré. Le malade a été administré plusieurs fois quand M. Ravaut est appelé à l'examiner.

Gr... arrive dans le service le 21 mars. T. 38° le soir.

On trouve dans les selles des kystes dysentériques, des kystes de l'Amœba Coli et de Flagellés.

Traitement par le cacodylate de soude, puis par l'Emetine, puis par voie buccale. Le malade est transformé : en deux mois il gagne 10 k. 500. Il n'y a plus de kystes amibiens dans les selles. Gr... est envoyé dans un hôpital auxiliaire pour achever sa guérison.

En août, une légère rechute se produit, le malade revient dans le service. Il se plaint d'une anorexie complète, d'une constipation opiniâtre. On ne trouve dans les

selles aucun élément amibien. Après deux mois de traitement, l'examen des selles est toujours négatif, les fonctions digestives sint redevenues tout à fait normales, l'état général est bien meilleur, le malade demande à reprendre du service. Gr... part en convalescence le 24 octobre.

En présence d'un malade fébrile qui se cachectise rapidement sans qu'aucun appareil semble particulièrement touché, l'hypothèse de bacillose vient tout naturellement à l'esprit ; rien n'est plus facile que de trouver pour l'étayer quelques antécédents suspects, quelques anomalies respiratoires des sommets. On se souviendra, dans ces cas, que l'amibiase, habituellement apyrétique, donnant d'ordinaire des signes intestinaux dominants, peut évoluer sous le masque d'une infection subaiguë, sans détermination précise. Quand on hésite devant un diagnostic de cet ordre, on doit maintenant penser à l'amibiase, comme on pense déjà toujours à l'appendicite chronique.

En esquissant ces quelques formes cliniques nous n'avons eu la prétention ni d'être complet, ni d'établir des types définitifs. Nous avons seulement voulu montrer sous quels aspects l'amibiase intestinale chronique s'est le plus souvent présentée à nous.

On voit, par cette énumération rapide, qu'elle peut simuler toutes les affections digestives et même beaucoup d'autres affections abdomino-pelviennes.

Il faudra, désormais, la soupçonner en présence de troubles intestinaux dont la nature n'est pas d'em-

blée nettement définie et même devant tout syndrome douloureux abdominal ou rectal qui ne fera pas sa preuve.

L'idée commence à se répandre que la dysenterie amibienne existe en France, mais la plupart des médecins, quand ils pensent à la dysenterie, recherchent sa forme typique, et ne la trouvent pas.

On ne saurait trop répéter qu'*un amibien n'est pas forcément un colonial*. Nombreux sont nos malades qui ont contracté leur infection en France, et non seulement sur le front français, mais même à l'intérieur. Donc, s'il est toujours utile de rechercher dans les antécédents d'un malade suspect un séjour aux colonies, à l'Armée d'Orient, il ne faudra pas rejeter le diagnostic d'amibiase si le malade affirme n'avoir jamais quitté la France et même n'avoir jamais quitté l'intérieur.

De même il est légitime de rechercher si le sujet qu'on examine n'a pas présenté des crises dysentériques nettes avec épreintes, selles glairo-sanguinolentes... Mais il faut bien savoir que cette phase dysentérique a pu être très brève, que *l'amibiase peut même n'être jamais dysentérique*, évoluer constamment sous le masque d'une diarrhée banale, d'une constipation opiniâtre, d'une dyspepsie rebelle.

Enfin il ne faut pas oublier que, dans des cas plus rares il est vrai l'amibiase peut donner très peu de signes digestifs et *simuler une affection génito-urinaire, une infection subaiguë*.

On conçoit que le diagnostic clinique de ces for-

mes anormales est impossible. L'examen complet et bien conduit du malade éveille seulement l'idée d'amibiase. Des examens de laboratoire très simples sinon très faciles donneront le plus souvent la certitude.

Nous ajoutons pourtant que lorsque les présomptions cliniques sont suffisantes, il ne faut pas se laisser arrêter par des examens de selles négatifs. Il convient de mettre le malade au traitement antiamibien. S'il s'agit vraiment d'amibiase, ce *traitement d'épreuve* donnera à la fois au médecin une confirmation indiscutable de son diagnostic, au malade une guérison souvent inespérée.

CHAPITRE II

Complications

Nous ne pouvons pas étudier toutes les complications de l'amibiase. Nous consacrerons la plus grande partie de ce chapitre aux complications hépatiques, de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes. Nous dirons ensuite quelques mots des hémorragies intestinales, des complications surrénales, enfin des associations morbides.

I. — Complications hépatiques

Etiologie.

Fréquence. — Elle est très diversement appréciée. On les rencontre, suivant Lagane, dans 20 et même 30 % des dysenteries. Dopter les trouve dans 10 % des cas environ.

Si nous consultons uniquement les statistiques des cas observés en France nous constatons un pourcentage beaucoup moins élevé. Seuls Lebœuf et Braun

accusent encore 15 % d'hépatiques. Ravaut n'en trouve (en 1916) que 1,3 %, Fiessinger et Leroy, 1,9 %, Bloch et Mattei 3,2 %. Cette différence énorme nous paraît due pour une part sans doute à la gravité moindre de l'amibiase évoluant dans nos pays, mais surtout au fait que les statistiques de Lagane et Dopter datent d'avant la guerre et que nous avons appris depuis à dépister les amibiases *larvées*, les plus nombreuses.

Pour une raison analogue, nous pensons que les hépatites amibiennes paraîtront plus fréquentes quand les médecins sauront diagnostiquer non seulement les grands abcès classiques, mais les petits abcès et les hépatites non suppurées.

Origine. — D'après Françon, les dysenteries compliquées d'hépatites seraient originaires le plus souvent de l'Indo-Chine (40 cas) ; ensuite vient l'Afrique du Nord avec 15 cas, la France avec 8 cas, l'Extrême-Orient avec 4 cas, puis les Indes, Madagascar, le Brésil, l'Amérique du Sud, l'Italie et l'Espagne.

D'après notre statistique, sur 21 hépatites amibiennes :

6 venaient du Maroc.
4 — de l'Armée d'Orient.
3 — de la France.
3 — de Madagascar.
2 — de la Tunisie.
2 — de Chypre.
1 — de la Chine.

Nous signalons la fréquence tout à fait remarqua-

ble des hépatites parmi les dysentériques venant du Maroc. Retenons aussi qu'il n'est pas nécessaire d'aller aux colonies pour contracter une hépatite amibienne. Comme Rist et Rolland, Ameuille et Tillaye... nous avons vu que l'amibiase autochtone suffit à la provoquer.

Antécédents dysentériques

Forme clinique de la dysenterie. — Françon dit : « ... les accidents surviennent ordinairement chez un dysentérique confirmé ». Notre expérience personnelle donne des résultats différents. Les antécédents dysentériques nets n'existaient que chez 11 de nos malades sur 21 ; encore s'agissait-il souvent d'une crise très passagère, dont le souvenir était difficile à retrouver. Dans deux cas il y avait eu de la diarrhée glaireuse, dans sept cas de la diarrhée banale. Un de nos malades n'avait jamais eu aucun trouble intestinal. Donc, dans près de la moitié des cas, l'hépatite compliquait une amibiase *larvée*.

Gravité de la dysenterie. — Bloch et Mattei ont observé des abcès du foie surtout dans les dysenteries graves à marche aiguë (13 cas sur 16). D'après Dopter, les complications hépatiques surviennent indifféremment dans les formes graves ou dans les formes légères. Nous avons l'impression que le foie est exposé surtout lorsque l'amibiase n'est pas traitée ou est insuffisamment traitée ; cette opinion est confirmée par la fréquence des hépatites dans les amibiases

atypiques : de même le système nerveux est fréquemment lésé par des syphilis sournoises, facilement méconnues ou négligées.

Age de la dysenterie. — Quénu, avant la guerre, avait montré que l'abcès du foie peut débuter longtemps après la première atteinte dysentérique (jusqu'à 5 ou 6 ans après). Presque tous nos cas ont été beaucoup plus précoces. Parfois les symptômes intestinaux et le troubles hépatiques ont débuté dans le courant d'un même mois ; ou bien ils se sont suivis à un mois, deux mois, quatre mois, sept mois au plus d'intervalle.

Symptomes intestinaux concomitants.

Plus importante est l'étude de l'état intestinal au moment où l'hépatite apparaît.

D'après Françon; l'hépatite débuterait le plus souvent pendant une crise intestinale. Quelle que fût la forme clinique de l'hépatite nous avons observé des faits opposés à cette affirmation ; ils nous ont paru assez importants pour être mis en relief dès maintenant.

Chez nos malades, le plus souvent le début de l'hépatite se faisait en l'absence de troubles intestinaux ou coïncidait avec une amélioration nette de ces troubles. Ce fait rappelle les constatations faites si souvent dans la blennorragie, où l'écoulement urétral diminue ou se tarit au moment où se constitue l'orchite.

De plus nous avons systématiquement examiné les selles de nos malades, qu'elles fussent dysentériformes, diarrhéiques ou normales. Or, sur 21 malades, 5 seulement nous ont fourni des examens positifs (3 fois Amibes Histolytica, 2 fois Amibes Minuta ; nous notons sans y insister, que jamais nous n'avons trouvé de kystes amibiens). Chez 16 malades atteints d'hépatite dont les raisons énumérées plus loin nous firent affirmer l'origine amibienne, les selles n'ont jamais contenu de parasites, bien que nous ayons répété les examens (jusqu'à 9 examens pour un même sujet) et utilisé tous les moyens pour réactiver une lésion intestinale latente.

A ces constatations cliniques et microscopiques, nous pouvons ajouter deux faits anatomo-pathologiques :

Un Chinois meurt d'un abcès du foie. A l'examen de son intestin nous ne pouvons découvrir aucune ulcération et même aucune cicatrice ; la paroi intestinale est souple, la muqueuse est de couleur uniforme et possède ses plis normaux.

Le sergent Be..., succombe après l'ouverture trop tardive d'un volumineux abcès. Comme dans le cas précédent on retrouve dans les parois de l'abcès des amibes typiques. Mais, dans l'intestin, on ne peut découvrir aucune lésion dysentérique en activité. Il existe seulement une sténose rectale, mais sans aucune ulcération de la muqueuse.

Nous insistons dès maintenant sur l'importance pratique de ces notions. Il ne faudra compter, pour

confirmer un diagnostic d'hépatite amibienne, ni sur l'existence de troubles intestinaux caractéristiques, ni sur la découverte d'amibes dans les selles.

Ces faits ont de plus un grand intérêt théorique. Il semble que la clinique, la bactériologie et l'anatomie pathologique s'accordent pour démontrer que l'hépatite amibienne est une véritable métastase. Nous avons même recherché si, dans le traitement des amibiases rebelles, il n'y aurait pas avantage à créer, par un abcès de fixation, une dérivation analogue à celle que produit la localisation hépatique. Un de nos malades, désolé de la résistance de sa dysenterie à tous les traitements, accepta de tenter l'expérience. Pendant toute l'évolution de l'abcès, nous avons constaté la diminution du nombre des selles et la disparition des amibes ; lorsque la suppuration cessa, les amibes reparurent mais le traitement parut alors beaucoup plus efficace.

Formes cliniques.

Ces données générales étant connues, sous quels aspects cliniques se présentent les hépatites amibiennes?

Nous ne faisons que signaler pour mémoire les hépatites chroniques proprement dites, cirrhoses décrites par Roggers, hépatites nodulaires étudiées par Achard et Foix. Nous n'en avons point rencontré pendant la guerre.

Nous envisagerons successivement les hépatites suppurées, les hépatites simples.

a) HÉPATITES SUPPURÉES

1) *Grand abcès.*

Un type est connu depuis longtemps, c'est le volumineux abcès du foie.

A la suite de fatigues, d'excès, un homme se sent déprimé, souvent irritable. D'après les classiques, la *fièvre* est à peu près constante. « Toute fièvre qui survient au milieu d'un état dysentérique à peu près apyrétique doit donner l'éveil et faire chercher une complication du côté du foie ». (Fontan). Tantôt la fièvre est banale, à grandes oscillations, tantôt le type thermique est plus caractéristique, comporte de grands accès avec frissons « fièvre d'hépatite plutôt que fièvre de suppuration » (Chauffard). Sur les 8 grands abcès que nous avons observés, un seul eut une température montant jusqu'à 40°, quatre oscillaient entre 38° et 39°, trois gardèrent une température absolument normale.

Le malade se plaint de *douleurs* dans l'hypochondre droit. Tantôt on observe le vrai « point de côté hépatique » avec sa localisation primitive et dominante dans l'hypocondre droit. Tantôt le malade accuse un simple tiraillement dans tout l'hémithorax droit et dans l'épaule, une gêne comparable à celle qu'occasionne une bretelle trop serrée, c'est la douleur « en bretelle » de Fontan ; tantôt enfin la douleur est banale, fait songer à de la pleurite, à une simple névralgie intercostale.

A l'inspection, l'hémithorax droit apparaît voussuré, figé. Seuls les espaces intercostaux supérieurs se dilatent encore à l'inspiration, les espaces inférieurs sont élargis, effacés, immobiles. L'épigastre est souvent bombé, ce qui frappe plus encore chez un malade amaigri. On aperçoit parfois quelques véinosités sous-cutanées. La mensuration indique que l'hémithorax droit mesure jusqu'à 5 centim. de plus que l'hémithorax gauche.

La palpation des espaces intercostaux les montre tendus, sensibles, et fait découvrir souvent de l'œdème de la paroi. Le grand droit est contracturé. La palpation au-dessous des côtes réveille une douleur profonde, surtout si l'on utilise la palpation saccadée, l'exploration « par commotion » de Cruveilhier. Le foie est gros ; il déborde en général les fausses côtes de deux à trois travers de doigts ; dans un cas nous avons vu le lobe droit descendre jusqu'à la crête iliaque. L'organe est lisse, résistant, donnant « la sensation d'un ballon de caoutchouc » (Boisson). Parfois on perçoit quelques froissements, « une crépitation de neige » (Sachs). La fluctuation est rare. L'hypertrophie hépatique est progressive, des examens espacés de quelques jours permettent de sentir croître le foie.

On note quelques troubles digestifs, de l'anorexie, parfois des vomissements. La langue est saburrale. Nous avons vu que, très souvent, les fonctions intestinales sont normales ou peu troublées. L'ictère franc est rare, on observe parfois du subictère asso-

cié à une certaine décoloration de la face, c'est une « pâleur ictérique ».

Il est à peu près constant de trouver des signes de réaction pleuro-pulmonaire de la base droite. Dans un cas il existait même de la congestion pulmonaire aux deux bases.

L'examen du sang montre de la leucocytose, de la polynucléose neutrophile. D'après Fontan, Herrick, la leucocytose atteindrait 40 et même 50.000. Nos chiffres sont très inférieurs, ils oscillent entre 8.800 et 21.000. Les polynucléaires neutrophiles vont de 74 à 90 %. Les eosinophiles sont en général peu nombreux, 1 à 2 %. On voit la différence avec la formule leucocytaire de l'amibiase non compliquée.

L'examen radioscopique confirme l'existence d'une hépatomégalie considérable : l'ombre hépatophénique est voussurée, immobile ; parfois le sinus costo-diaphragmatique est effacé par la réaction pleurale.

La ponction ramène un pus filant, grisâtre, légèrement teinté de rouge si l'abcès n'est pas trop ancien. L'examen microscopique y montre des globules blancs en pleine dégénérescence, des cristaux d'acides gras ; on ne trouve ni amibes, ni globules rouges.

Ces grands abcès ont un pronostic grave. Nous n'avons jamais observé l'ouverture à la peau ou dans les organes voisins. Mais la cachexie est parfois si prononcée que toute intervention reste inutile. Sur 8 malades opérés parfois, malgré nous, trop tardi-

vement, nous avons eu 4 décès. Un de ces décès, celui du Chinois dont nous avons déjà parlé, était dû à un type de lésion hépatique important à signaler : le chirurgien avait ouvert un gros abcès mais, plus en arrière, au voisinage du bord postérieur du foie, existaient plusieurs abcès plus petits que l'intervention n'avait pas atteint.

2) *Petits abcès.*

Les abcès ne sont pas toujours aussi volumineux, leur symptomatologie n'est pas toujours aussi nette.

Les petits abcès débutent comme les grands. Un amibien éprouve des malaises vagues, son état général est mauvais, il devient pâle et maigrit.

Dans tous nos cas, nous avons noté de *la fièvre*, entre 38° et 39°. On peut s'étonner, au premier abord, que des suppurations très limitées donnent constamment de l'hyperthermie, tandis que d'énormes abcès peuvent, nous l'avons vu, évoluer sans provoquer aucune réaction thermique. Il est vraisemblable que ce fait paradoxal en apparence s'explique parce que les petits abcès sont des hépatites saisies au début de leur évolution, en pleine activité, tandis que les volumineuses collections que nous avons d'abord décrites sont devenues souvent tout à fait torpides ; parfois aussi le malade épuisé par une suppuration diffuse ne réagit plus.

La douleur est constante, mais n'a, en général, rien de caractéristique. Le malade se plaint de son côté droit, il accuse une lourdeur, un endolorisse-

ment vagues, des douleurs plus vives quand il essaie de faire une inspiration profonde, de la dyspnée d'effort.

L'inspection montre surtout de l'immobilité de l'hémi-thorax droit, mais la voussûre est peu marquée, la mensuration est nécessaire pour déceler — de façon inconstante — une différence entre les deux côtés.

La palpation donne un signe des plus importants. Même quand la douleur spontanée est vague, on arrive, en appuyant méthodiquement dans les espaces intercostaux et au-dessous des fausses côtes, à éveiller en un point, une douleur vive, qui fait grimacer les malades les plus énergiques. Cette *douleur localisée* a la plus grande valeur diagnostique, on ne la trouve jamais avec cette netteté dans les hépatites non suppurées. Elle permet, de plus, de situer approximativement l'abcès : c'est au point le plus douloureux à la pression qu'il faudra ponctionner.

Le foie est en général augmenté de volume, mais cette augmentation porte souvent sur une région bien limitée. Dans un de nos cas, on apercevait et on palpait, au creux épigastrique, une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Les abcès sont rarement aussi évidents, il faut palper et percuter avec soin la région hépatique pour délimiter une tuméfaction limitée, qui éveille l'idée d'une tumeur ; le foie paraît « bosselé ».

Les troubles des autres organes sont analogues à ceux que nous avons déjà signalés. Comme pour les

gros abcès nous avons noté l'amélioration ou la disparition des troubles intestinaux.

Les signes de réaction pleuro-pulmonaire de la base droite sont à peu près constants et comme les symptômes hépatiques sont beaucoup moins bruyants que dans la forme précédente, comme la dyspnée est parfois le seul signe fonctionnel, l'attention est souvent déviée du côté de l'appareil respiratoire.

Nous avons peu de renseignements sur la leucocytose, nous avons trouvé 8.000 globules blancs dans un cas, 31.000 dans un autre. La polynucléose neutrophile est habituelle, cependant, dans ce cas où l'abcès bombait à l'épigastre, nous avons trouvé seulement 52 % de polynucléaires neutrophiles, avec 4 % d'eosinophiles.

La *radioscopie* donne des résultats variables. Dans un cas le foie apparaissait très gros, dans un autre le bord supérieur était seul soulevé par une éminence arrondie, dans deux cas le foie paraissait absolument normal.

La *ponction* est parfois difficile. L'abcès est petit ; quand il est profond, malgré les indications très précieuses fournies par la douleur localisée à la pression, il faut souvent ponctionner plusieurs fois pour découvrir le pus. Il est nécessaire d'employer une aiguille assez large. Le pus est en effet très visqueux. Il est rougeâtre, couleur fraise ou brique avec des traînées plus foncées, parfois brunâtre « chocolat ». Les leucocytes sont en général bien reconnaissables,

les globules rouges assez nombreux. On trouve habituellement des amibes, surtout si l'on cherche dans ces trainées rouge foncé que nous avons signalées.

Nous ne savons pas ce que deviennent ces petits abcès lorsqu'on ne les traite pas. Tous les nôtres ont parfaitement guéri par un traitement médical dont une injection d'hémétine et d'arséno-benzol constituaient l'élément essentiel. Le cas le plus typique est celui du soldat Dub...

Il entra dans le service porteur d'un abcès amibien saillant à l'épigastre. L'affection paraissait avoir débuté un mois auparavant. Après vingt jours de traitement, une ponction exploratrice fut négative. Après un mois de traitement, l'abcès avait disparu, on sentâit seulement, à la palpation profonde, un petit noyau dur sur la face convexe du foie. L'état général du malade était devenu excellent, il avait gagné 4 kilog.

3. *Diagnostic des abcès du foie.*

Comme l'a dit Fontan « il est plus difficile de diagnostiquer un abcès du foie que de l'opérer ». C'est bien l'impression qui ressort de nos observations personnelles. Sur 12 abcès, 4 seulement avaient été soupçonnés par le médecin traitant ; dans un cas, on parlait tout de même de congestion du foie. Dans les 7 autres cas l'erreur était complète, les diagnostics d'entrée étaient : Embarras gastrique, entérite, tumeur gastrique, abcès de la rate, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie. Nous signalons encore une fois la fréquence de la confusion avec une affection pleuro-pulmonaire.

Il va de soi que les grands abcès échapperont très rarement à un examen bien conduit ; les petits abcès sont d'un diagnostic plus difficile.

Nous rappellerons seulement quelques notions essentielles et pourtant souvent méconnues. Elles portent en particulier sur les antécédents, les troubles intestinaux concomitants, la température.

Un malade peut faire un abcès amibien du foie *sans avoir jamais quitté la France.*

Il peut *n'avoir jamais eu de crise dysentérique*, n'avoir jamais souffert que de diarrhée banale, parfois même n'avoir jamais eu aucun trouble digestif.

Quels qu'aient été à l'origine les *troubles intestinaux*, très souvent ils *ont disparu ou s'améliorent quand l'hépatite se constitue. L'examen des selles est en général négatif.*

La température peut être normale même quand l'abcès est volumineux. Quand il existe de l'hyperthermie, elle est modérée et banale ; il est rare que la courbe reproduise le tracé spécial décrit par les classiques.

La leucocytose est parfois très légère. Les examens de laboratoire plus complexes, comme la pyo-déviation du complément de Tribondeau et Fichet ne paraissent avoir donné, même entre les mains de leurs promoteurs, que des résultats douteux.

Parmi les *signes physiques*, le plus constant, le plus caractéristique c'est *une douleur bien localisée à la pression.* Tous les autres, signes radiologiques compris, ou bien sont rares, ou bien indiquent une

augmentation de volume du foie sans spécifier sa cause.

Nous sommes assez loin, on le voit, du tableau caractéristique que l'on trouve dans les classiques. Aussi pensons-nous qu'on ne fera couramment le diagnostic des abcès du foie qu'en y pensant toujours. Comme l'a dit Manson : « Le grand secret d'un diagnostic heureux d'un abcès hépatique est de le soupçonner ».

Dès qu'on aura le moindre soupçon, la ponction s'impose. On la fera avec un petit trocart ou mieux avec une forte et longue aiguille montée sur une seringue de 20 cc. On ponctionne soit le point le plus saillant s'il existe une voussûre, soit, habituellement, le point le plus douloureux à la pression. On n'hésitera pas à répéter les ponctions. C'est le seul moyen d'obtenir la certitude, c'est le meilleur moyen de résoudre le second problème qui se pose, celui du traitement de l'abcès.

En effet, l'émétine s'est montrée si active contre les amibes qu'on l'a bientôt employée pour traiter les abcès du foie. Nous ne reviendrons pas sur ce point de thérapeutique si bien étudié par Roggers, Chauffard, Ravaut, Job et Spick, Cros et de Teyssier... La question se pose maintenant, devant toute hépatite suppurée, de décider si le traitement médical suffit ou s'il faut recourir à la chirurgie.

Pour résoudre ce problème, on se basera sur l'état général du malade et surtout sur les caractères du pus.

Il faut traiter médicalement les abcès peu volumineux, récents, qui laissent au malade un bon état général ; ceux dont le pus est rouge, « chocolat », se coagule rapidement en une masse caoutchoutée, est formé de globules blancs bien conservés, de globules rouges assez nombreux, contient souvent des amibes, ne contient ni cristaux d'acides gras, ni microbes. Nous avons vu traiter médicalement par M. Ravaut, quatre abcès de ce type, tous les quatre ont guéri.

Au contraire, il faut drainer les abcès volumineux, anciens, évoluant chez un malade défaillant, cachectique ; ceux dont le pus est grisâtre, « café au lait », ne se coagule pas, est formé de débris méconnaissables en pleine dégénérescence granulo-graisseuse, ne contient jamais ni amibes, ni globules rouges, contient des cristaux d'acides gras. On drainerait à plus forte raison et d'urgence les abcès amibiens infectés secondairement.

Même dans les cas où l'intervention chirurgicale est jugée nécessaire, si l'on peut, sans imprudence, la différer de quelques jours, il y a tout avantage à la faire précéder d'une série d'injections d'émétine et d'arsénobenzol ; on opère ainsi « à froid » avec beaucoup plus de chances de succès.

b) HÉPATITES SIMPLES

Tels sont les types d'hépatites suppurées que nous avons rencontrés. Nous avons observé à peu près aussi fréquemment des hépatites simples. Nous ne

parlons pas de la phase congestive qui précède la formation d'un abcès, mais bien d'une forme spéciale d'hépatite sans tendance à la suppuration.

Dans les mêmes conditions étiologiques, un malade se plaint de douleurs qui attirent l'attention sur son foie. L'organe est en général trouvé gros, sensible ; la radioscopie confirme les résultats de la palpation et de la percussion, elle montre tantôt — le plus souvent — une hypertrophie diffuse, tantôt une voussûre limitée. La température, parfois normale (2 fois sur 9 cas) oscille en général entre 38° et 39°. La leucocytose est variable (de 7,200 à 13,000). Les fonctions intestinales sont peu troublées, dans 7 cas sur 9 nous n'avons trouvé dans les selles aucun parasite.

Ces malades ont été étiquetés d'abord de noms variés : congestion du foie, gastro-entérite, congestion pulmonaire, paludisme. Pour un médecin averti, ce tableau clinique éveille l'idée d'un abcès du foie. On ponctionne, jusqu'à 6 fois dans un cas, on ne retire qu'un peu de sang, quelques filaments de tissu hépatique, mais on n'obtient jamais de pus.

A cet argument tiré du résultat négatif des ponctions s'ajoutent ceux que fournit l'évolution de ces hépatites, soit qu'on les néglige, soit qu'on les traite médicalement.

Abandonnées à elles-mêmes elles évoluent par poussées successives, avec douleurs hépatiques, fièvre ; les crises se prolongent, se rapprochent, mais les signes d'abcès sont toujours absents.

L'ancien gouverneur des colonies dont MM. Chauffard et Françon ont rapporté l'histoire avait, *depuis 1898*, de très fréquentes « crises hépatiques » cédant en 8 ou 15 jours à la diète et aux laxatifs. Ces crises sont prises pour des coliques hépatiques; elles deviennent plus fréquentes, plus douloureuses et plus rebelles à partir de 1914. En juillet 1915 apparaît un point très douloureux dans l'hypochondre droit mais on ne découvre toujours aucun abcès.

On peut rapprocher du malade de M. Chauffard et des nôtres, observés en France, ceux que MM. Cros et Teyssier, Paisseau et Hutinel ont observé au Maroc. Ces derniers auteurs surtout ont signalé que la dysenterie leur a paru se compliquer assez fréquemment d'hépatite subaiguë n'évoluant jamais vers la suppuration, même après plusieurs années, même sans aucun traitement par l'émétine.

Traitées par les injections d'émétine ou, mieux encore, par l'émétine associée au Novarsenobenzol ces hépatites guérissent parfaitement : nos 9 cas nous ont donné 9 succès. Paisseau et Hutinel, Cros et de Teyssier, Lian et Lyon-Caen..., ont obtenu des résultats analogues. Sans doute ce dernier argument n'est pas irréfutable : nous avons vu, en effet, que le seul traitement médical guérit complètement des hépatites où la ponction a montré de façon irrécusable la présence de pus.

Mais si l'épreuve du traitement ne suffit pas à justifier la description d'une hépatite amibienne non suppurée, elle acquiert, par contre, une importance

de tout premier ordre quand il s'agit de démontrer la nature amibienne d'une hépatite. Parmi nos malades, deux n'avaient jamais quitté la France, quatre n'avaient jamais eu qu'un peu de diarrhée banale, sept n'avaient jamais été trouvés porteurs d'amibes ou de kystes. Les ponctions étant négatives, il paraissait difficile d'affirmer que leur hépatite était bien de nature amibienne. Mais l'action rapide de l'émétine sur la température (voir les courbes publiées dans notre article sur ce sujet) sur l'état général, sur les signes hépatiques, permit indirectement mais sûrement de compléter le diagnostic. Ce *traitement d'épreuve* par l'émétine, dont nous avons déjà signalé l'intérêt à propos des entérites amibiennes, nous paraît plus important encore quand il s'agit d'une hépatite. Il a la même valeur que le traitement d'épreuve anti-syphilitique, il devrait être tenté aussi souvent, dans tous les cas douteux.

Telles sont les formes d'hépatites que nous avons observées, hépatites suppurées, étendues ou limitées, hépatites simples. Deux points sont à retenir surtout.

Tout d'abord l'*hépatite est parfois et surtout paraît souvent primitive*. Elle peut l'être vraiment, constituer la première localisation appréciable du parasite. Plus fréquemment elle n'est primitive qu'en apparence, elle survient chez un amibien dont les accidents intestinaux sont apaisés. Donc il faut, devant tout foie gros et douloureux, penser toujours à l'amibiase, la rechercher par toutes les méthodes cli-

niques et biologiques, ne pas l'éliminer même si les antécédents sont nuls, même si l'examen des selles est négatif, et, dans le doute, recourir toujours au traitement d'épreuve.

Le second point important, c'est que, chez un amibien, la métastase hépatique peut s'installer sournoisement, sans voussûre, sans fièvre, sans leucocytose, revêtant le masque d'un embarras gastrique, d'une congestion pleuro-pulmonaire droite. Donc il faut, chez les amibiens, penser toujours à la possibilité d'une hépatite, *surveiller leur foie comme on surveille le cœur des rhumatisants, le système nerveux des syphilitiques.*

II. — Hémorragies intestinales

Parfois l'amibiase intestinale chronique donne de véritables hémorragies intestinales. Nous en avons observé trois cas particulièrement nets. Le sang est le plus souvent rouge, non mêlé aux matières qui forment au milieu du vase de petits îlots noirâtres et durs, ces malades étant généralement des constipés. Beaucoup plus rarement les selles sont diarrhéiques ou pâteuses, les matières mêlées au sang forment alors un mélange brun noirâtre à reflets glacés, de consistance visqueuse ; lorsqu'on incline le vase, la selle glisse lentement, laissant sur le fond de traînées rougeâtres.

Ces hémorragies peuvent être assez abondantes : un demi-verre de sang est rendu à la fois. Elles sont

parfois fréquentes, se reproduisent trois à quatre fois par 24 heures, soit mêlées aux matières comme nous venons de le voir, soit même isolées. Elles entraînent assez rapidement une anémie considérable.

Ces hémorragies sont rebelles aux traitements symptomatiques habituels, par contre elles s'améliorent en général assez vite sous l'influence du traitement anti-amibien et surtout des petits lavements arsenicaux (Novarsenobenzol o gr. 15, laudanum XX gouttes, eau 100 cc).

On conçoit donc l'intérêt d'un diagnostic précoce.

Deux erreurs sont surtout fréquentes. Le plus souvent on pense à des hémorroïdes, on affirme un pronostic bénin, on prescrit un traitement banal. Si le malade n'est plus jeune, s'il est très anémié, très déprimé, l'existence d'un cancer rectal paraît très probable ; nous avons vu discuter ce diagnostic chez un homme de 60 ans, M. Br..., qui avait contracté sa dysenterie en Syrie. Comme toujours, c'est l'examen local qui donnera la solution du problème ; il faudra le compléter par la recherche des parasites intestinaux et par la recto-sigmoïdoscopie.

III. — Complications surrénales

L'insuffisance surrénale, signalée par MM. Remlinger et Dumas puis par M. Oppenheim dans la dysenterie bacillaire, est fréquente aussi dans l'amibiase.

Chez beaucoup de nos malades nous avons consta-

té de la dépression, de l'asthénie, des crampes légères, plus souvent encore de la rachialgie, de la petitesse du pouls, la raie blanche de Sergent.

Dans des cas heureusement beaucoup plus rares, l'insuffisance surrénale est aiguë. M. Ravaut vit succomber dans le Nord, en 1915, un soldat atteint d'amibiase à forme septicémique. Or, à l'autopsie, entre autres lésions, on constata que les capsules surrénales étaient aplaties, flasques, la substance médullaire avait disparu, la substance corticale était molle et se pliait comme un chiffon mouillé. Instruit par ce fait, M. Ravaut recueillit l'année suivante une observation typique :

Z..., 21 ans. Après avoir séjourné huit mois en Tunisie sans aucun trouble de santé, il arrive en mai 1915 sur le front belge. Au commencement de septembre, il présente de la diarrhée avec selles abondantes et sanglantes. Les troubles intestinaux persistent malgré un séjour de quelques jours à l'infirmerie, en outre apparaissent des maux de tête, de l'inappétence, une asthénie croissante. En sortant des tranchées pour venir au repos, il ne peut pas supporter l'étape et tombe tout à coup sur la route. La diarrhée devient incoercible, des crampes très douloureuses apparaissent en même temps que des vomissements. Le malade devient de plus en plus faible, il pâlit, son pouls devient très rapide, très petit, et son médecin de régiment, craignant pendant le transport une issue fatale, accompagne lui-même le malade à l'hôpital.

On nous présente un homme pâle, aux traits tirés, aux yeux excavés, dans un état semi-comateux; des crampes lui arrachent un geignement continuel, le pouls est pe-

tit et filant; nous constatons du hoquet, quelques vomissements verdâtres, mais par dessus tout, nous faisons apparaître avec une netteté remarquable, la raie blanche de Sergent dans toute sa pureté. Nous portons le diagnostic d'insuffisance surrénale aiguë à type cholériforme et injectons immédiatement dans les veines 1 litre de sérum auquel nous ajoutons 2 milligrammes d'adrenaline; on fait en outre des injections d'huile camphrée et des frictions violentes sur tout le corps. Le malade reprend connaissance mais se plaint toujours de crampes dans les jambes et de rachialgie. La température qui était de 35° à l'entrée du malade, remonte à 37°, le pouls, au contraire, descend de 90 à 110 et est mieux frappé; les urines sont albumineuses.

La même thérapeutique est continuée. Après trois jours, le malade est transformé : les crampes ont disparu, le teint se colore, l'appétit revient, le pouls baisse à 50 pulsations; la diarrhée liquide a cessé, le malade a des selles pâteuses, glaireuses et sanguinolentes. Nous recherchons la dysenterie amibienne car dans son bataillon nous en avons observé plusieurs cas; après plusieurs examens, nous trouvons des amibes immobiles en voie d'enkystement, contenant dans leur endoplasme de très nombreux globules rouges. Grâce au traitement à l'arsenobenzol et à l'émétine, ce malade recouvre très rapidement la santé et nous l'évacuons en excellent état, deux mois et demi après son entrée à l'hôpital.

Quelques mois plus tard, dans un autre secteur du front, MM. Dujarric de la Rivière et Villerval, observaient un cas analogue. Nobécourt et Gimbert, chez un prisonnier allemand, ont constaté des symptômes tels « qu'on ne pouvait s'empêcher, disent-ils, de penser à l'existence d'un syndrome d'hypoépine-

phrie » ; leur malade guérit grâce au sérum adrenaliné. Ameuille, chez un amibien avec abcès multiples du foie mort subitement, a trouvé une surrénalite hémorragique.

L'étude clinique, les constatations nécropsiques et surtout l'efficacité rapide du traitement par l'adrenaline permettent donc d'affirmer que l'amibiase lèse souvent et parfois gravement les surrénales.

Cette notion est très importante en pratique. On a vu que, dans des cas en apparence désespérés, le traitement opothérapique permet d'obtenir de vraies résurrections.

Elle est très intéressante au point de vue théorique. Elle montre que l'amibe n'agit pas seulement par sa présence et pour créer des lésions locales mais qu'elle peut aussi sécréter des toxines qui vont troubler des organes éloignés.

Il semble que l'âge des malades (il s'agissait de territoriaux approchant de la quarantaine) les fatigues épuisantes de la campagne ont pu favoriser l'éclosion de ces complications.

Mattei insiste sur le rôle que joue parfois l'insuffisance *rénale* dans l'apparition de troubles cholériformes analogues à ceux que nous avons décrits. Cependant, quand le rein est en cause, les vomissements seraient plus abondants, le malade serait somnolent plutôt qu'anxieux, on constaterait du myosis, de l'anurie ou tout au moins de l'oligurie.

IV. — Infections surajoutées

L'association de l'amibiase avec d'autres infections a été bien étudiée par Kelsch et Kiener sous le nom de « Dysenteries proportionnées ». Nous envisagerons séparément l'association. : 1° avec d'autres parasites intestinaux ; 2° avec d'autres infections générales.

1° Dans les formes chroniques, l'*association de l'amibe et des bacilles dysentérijues* est assez rare. Dans des formes septicémiques, observées dans le Nord, M. Ravaut avait d'abord pensé que l'évolution rapide, fébrile, était due à l'adjonction de bacilles dysentériques aux amibes. Le séro-diagnostic était en effet positif avec le Flexner et le Hiss à des taux variant entre 1/50 et 1/80. Mais le sérum antidysentérique, employé cependant à doses massives (jusqu'à 400 cc) fut totalement inefficace. L'autopsie montra les ulcérations classiques de la dysenterie amibienne fourmillant d'amibes. Il ne faut pas se hâter d'incriminer les bacilles dysentériques. Au début de la guerre, on faisait les séro-diagnostics à des taux tout à fait insuffisants : « Rappelons que l'épreuve du séro-diagnostic peut être faite au minimum de 1/20 avec le Shiga, de 1/30 avec le Flexner ». (Dopter et Sacquépée, 1914, p. 517). C'est en appliquant ces principes que, dans les épidémies du début de la guerre, on méconnut d'abord complètement l'amibiase. M. Ravaut a démontré que, si le taux de 1/30 est le plus généralement suffisant pour le Shiga, il

faut, pour le Flexner, recourir à des dilutions beaucoup plus étendues, puisque ses cultures sont agglutinées à 1/175 par des sérums normaux et jusqu'à 1/300 par des sérums de malades infectés par l'Eberth ou les Paratyphiques. Il est de plus nécessaire, non seulement de rechercher le taux minimum de l'agglutination mais de le pousser jusqu'à son taux maximum qui, par son élévation, donne à cette épreuve sa plus grande valeur. En appliquant ces deux règles, dilution suffisante, recherche du taux maximum, on arrive à cette conclusion que, dans les dysenteries chroniques tout au moins, le rôle de bacille dysentérique est à peu près négligeable.

Quant aux *autres parasites intestinaux*, leur fréquence et leur rôle sont diversement appréciés. Voici les parasites que nous avons rencontrés associés aux amibes.

Amœba Coli dans.....	61 % des cas
Tetramitus Mesnili dans.....	42,7 %
Lamblia Intestinalis.....	12,2 %
Tricocephalus Trichiurus.....	12,2 %
Trichomonas Intestinalis.....	8,3 %
Amœba Limax.....	7,6 %
Spirilles.....	2,2 %
Ascaris Lumbricoïdes.....	0,76 %
Oxyurus Vermicularis.....	0,76 %

Tous ces parasites contribuent à entretenir l'entérite. Les Flagellés, et surtout le Lamblia, nous ont paru, comme à MM. Carles, Mauté, aggraver nette-

ment le pronostic. D'une part, les Lamblias semblent suffire à créer des troubles intestinaux sérieux, d'autre part leur présence paraît rendre les amibes résistantes à tous les traitements. M. Carlis compare les amibiases compliquées aux diphtéries compliquées de streptococcie.

La pululation de ces flagellés dans l'intestin d'un amibien modifie l'aspect des selles. Toujours nombreuses, elles deviennent plus abondantes, plus liquides ; elles ne sont pas absolument homogènes, mais un peu grumeleuses ; surtout la couleur change, les sellse deviennent brunes, couleur « purée de lentilles ».

Il est indispensable, pour traiter ces amibiases compliquées, de se débarrasser d'abord des infections secondaires. Or, si le Tetramitus, le Trichomonas sont assez vite chassés par l'absorption de térébenthine et les lavements au nitrate d'argent par exemple, le Lamblia est d'une ténacité désespérante. Sans énumérer tous les traitements essayés par divers auteurs, nous l'avons vu résister à l'ipéca, à l'émétine, à l'iodure double de bismuth et d'émétine, à tous les arsenicaux y compris l'arsenobenzol, au thymol, au sulfate de soude, à l'Aniodol, à la térébenthine, aux lavements iodo-iodurés, aux vapeurs de chloroforme, à l'anhydride sulfureux.

On conçoit donc que la présence de Lamblias dans les selles d'un dysentérique est d'une signification pronostique fâcheuse.

2° Nous ne parlerons que de l'association avec le

paludisme qui est de beaucoup la plus fréquente et pose des problèmes de diagnostir intéressants.

Presque tous nos malades provenant des Dardanelles ou de Salonique accusaient la double contamination par l'amibe et par l'hématozoaire et leurs divers billets d'hôpital confirmaient leurs dires. Si nous comptons seulement ceux chez lesquels nous avons constaté nous-même à la fois la présence d'amibes dans les selles et celle de l'hématozoaire dans le sang, nous trouvons que 17 % de nos amibiens étaient de plus des paludéens. On conçoit la gravité de l'association de ces deux infections également chroniques, égalemet anémiantes, cachectisantes. On saisit toute l'importance d'un diagnostic complet.

Voici les principales difficultés qui peuvent se présenter.

Dans un premier ordre de faits, il s'agit d'*un paludéen connu et déjà traité.*

La fièvre s'atténue mais persiste. D'après M. Grall, cettte fièvre qui résiste au traitement quinique est presque toujours un indice d'amibiase et surtout d'amibiase hépatique. Nous ne méconnaissons pas l'exactitude habituelle de cette affirmation ; nous ajoutons toutefois qu'avant de conclure que cette fébricule n'est plus paludéenne, il faut être bien sûr que le traitement quinique a été suffisant. Comme M. Ravaut l'a montré en effet, très souvent la persistance de la fièvre chez les paludéens était due à la suppression volontaire du traitement par le malade

ou à la prescription par le médecin de doses insuffisantes de quinine.

Parfois, au cours de l'évolution du paludisme, la *diarrhée* apparaît. Job et Hirtzmann ont décrit des diarrhées paludéennes à toutse les phases et dans tous les types de la maladie, invasion, accès, périodes latentes, accès pernicieux. Ces diarrhées seraient caractérisées par ce fait qu'on ne trouve aucun parasite dans les selles et que le traitement quinique est très efficace. Evidemment la diarrhée bilieuse, passagère, est un symptôme habituel des accès paludéens, mais lorsqu'on connaît d'une part la fréquence de l'amibiase dans les pays impaludés, d'autre part la nécessité d'examens multiples pour découvrir dans les selles les kystes amibiens, on ne peut s'empêcher de trouver bien suspecte une diarrhée glaireuse, parfois striée de sang, durant plus longtemps que l'accès, apparaissant même parfois pendant les périodes apyrétiques. En fait, dans des cas analogues, 5 fois sur 10 au moins, nous avons trouvé des kystes dysentériques, 3 fois environ nous avons vu d'autres parasites, en particulier des kystes de Lamblia, à peine avons-nous eu 2 cas négatifs sur 10. En pratique, il nous semble prudent de songer dans ces cas à l'amibiase et de ne pas se contenter du traitement quinique, même si l'on ne trouve pas de parasites au premier examen de selles.

Dans un second ordre de faits, c'est *la dysenteric qui est connue* et traitée. Des accès de fièvre apparaissent. Est-ce le début d'une complication hépati-

que? est-ce un accès de paludisme? Nous ne referons pas la description des hépatites amibiennes. Il est rare que l'hésitation se prolonge.

Dans tous les cas, ce qui est important, c'est de songer à la possibilité de l'association amibiase-paludisme. Qu'il s'agisse de fièvre ou de diarrhée, c'est le laboratoire qui donnera la solution du problème par la recherche dans les selles des amibes ou des kystes, dans le sang des hématozoaires, des altérations globulaires, de la formule leucocytaire.

CHAPITRE III

Eléments de Coprologie microscopique

Nous envisagerons l'examen des selles uniquement du point de vue pratique.

Avant la guerre, on se bornait à rechercher les amibes. L'existence de leurs kystes, leur importance surtout n'était connue que de quelques spécialistes, la techique de leur recherche n'était indiquée ni dans les manuels de laboratoire ni même dans les traités spéciaux. Actuellement, grâce aux travaux de Mathis, du Professeur Mesnil, de Ravaut, il est universellement admis que la recherche des kystes est plus souvent positive et plus importante que celle des amibes.

D'une façon un peu schématique, on peut distinguer deux cas :

On examine une *selle liquide*, qu'elle soit dysentériforme, glaireuse ou simplement diarrhéique : on y trouvera presque toujours des amibes, rarement des

kystes ; les parasites associés se montreront également sous leur forme adulte.

On examine une *selle solide*, qu'elle soit pâteuse ou dure : on y trouvera presque toujours des kystes, rarement des amibes ; les parasites associés se montreront également sous leur forme kystique.

a) *Selle liquide.* — C'est le cas le plus facile. 1° comment faire le prélèvement ; 2° comment l'examiner ; 3° que faut-il voir?

1° *Comment faire le prélèvement. Il faut que les selles soient examinées le plus tôt possible après leur émission.* Il n'est pourtant nécessaire ni, comme l'ont préconisé certains auteurs, d'installer le microscope à côté du lit du malade, ni de conserver les selles sur une platine chauffante. Disons, pour fixer les idées, qu'on fera l'examen au plus tard une demi-heure après la défécation en hiver, une heure après en été. On aura veillé à ce que le malade n'urine pas dans son vase : l'urine délaie les glaires, rend le prélèvement beaucoup plus difficile et surtout immobilise et déforme les parasites.

Il faut choisir le point de la selle que l'on va prélever. S'il s'agit d'une crise de dysenterie typique avec selles glairo-sanguinolentes, il est impossible d'hésiter, les amibes sont nombreuses partout ; parfois la selle est uniquement formée d'amibes et de sang : il nous est arrivé de compter *48 amibes* dans un seul champ microscopique (Oc. I. Obj. imm 1/12). Mais les selles ne sont pas toujours aussi homogè-

nes. On choisira la portion glaireuse ou mieux encore la portion sanglante, parfois traînée bien visible, parfois petit crachat intestinal qu'il faut savoir découvrir grâce surtout à son reflet glacé. S'il n'existe ni glaires ni sang, on cherchera de préférence dans les parties semi-liquides, crémeuses.

On fera le prélèvement soit au fil de platine soigneusement refroidi, soit, plus commodément peut-être, avec une pipette dont l'extrémité effilée a été coudée à angle droit. Il faut prélever gros comme une tête d'épingle.

On porte la goutte sur une lame. Puisque nous avons supposé la selle liquide, il est inutile de diluer. On recouvre d'une lamelle, on appuie, bien normalement, car certaines selles glaireuses glissent très facilement. Pour éviter de souiller nos doigts, on exerce cette pression par l'intermédiaire d'un linge ou mieux d'un fragment de papier filtre que l'on jette chaque fois. La pression ne doit être ni trop forte, ni trop légère : il faut que le centre de la préparation soit transparent.

2° *Comment l'examiner.* — Toute préparation doit être examinée d'abord à un faible grossissement puis à un fort grossissement à sec, enfin à l'immersion. Quelle que soit la combinaison optique employée, il faut diaphragmer fortement : les parasites, et particulièrement les amibes, ont un protoplasma très réfringent qui tranche beaucoup mieux sur un fond gris.

Le grossissement faible (Oc. I. obj. 3 par exemple)

permet de prendre rapidement connaissance de l'ensemble de la préparation. On peut reconnaître des parasites volumineux, balantidium, anguillules, œufs d'Ascaris ; ils seront découverts surtout dans les portions épaisses, sur les bords de l'étalement. Avec un peu d'attention et d'habitude on aperçoit aussi déjà les amibes sous la forme de petits corps arrondis réfringents. Pour faciliter leur recherche, Vincent conseille de déposer au bord de la lamelle une goutte de solution de bleu de méthylène. Le colorant pénètre par capillarité et imprègne tout, sauf les amibes qui se détachent ainsi en blanc sur le fond bleu. Cet artifice est utile mais ne nous paraît pas indispensable.

L'examen approfondi de la préparation se fait avec un objectif à sec fort (obj. 7 ou 8). L'objectif à immersion, plus fatigant pour l'œil, ne sera employé que pour préciser quelques détails.

3° *Que faut-il voir?* Si on examine *une selle glairo-sanglante*, on aperçoit d'abord de nombreux globules rouges, puis quelques leucocytes eosinophiles reconnaissables à leurs granulations volumineuses et réfringentes. Les amibes sont en général bien visibles. Elles appartiennent au type *Histolytica*. Ce sont des corps arrondis ou ovalaires, de 25 à 30 μ de diamètre en général, mias pouvant atteindre 50 μ. On y distingue un endoplasme granuleux, un ectoplasme hyalin. Dans l'endoplasme, il est rare qu'on puisse voir nettement le noyau, mais on aperçoit des inclusions et particulièrement des globules rouges.

Observées pendant quelques minutes les amibes présentent des mouvements énergiques, elles émettent des pseudopodes clairs « en coulée de verre ». Cet ensemble de caractères, et surtout *la distinction nette entre l'endoplasme et l'ectoplasme, les pseudopodes, la présence de globules rouges*, ne laissent aucun doute. Dans les selles dysentériques typiques, l'amibe est en général le seul parasite rencontré.

Parfois dans le cas de selle glairo-sanglante, presque toujours dans le cas de *selle glaireuse* ou *simplement darrhéique*, l'aspect n'est pas aussi caractéristique. Les amibes se présentent alors sous la forme dite *Tetragena :* l'endoplasme et l'ectoplasme sont moins distincts, les inclusions peu nombreuses, la mobilité est faible, les pseudopodes à peine indiqués.

On conçoit la difficulté de distinguer cette Amibe Tetragena de l'amibe banale, de l'amœba Coli. Chez celle-ci il n'existe aucune distinction entre l'ectoplasme et l'endoplasme, aucune inclusion globulaire, aucun pseudopode ; l'amibe se meut en masse et la mobilité est d'ailleurs très faible, mais ces nuances sont souvent difficiles à saisir.

Si les selles sont examinées longtemps après l'émission, les amibes peuvent être immobiles, arrondies ; on les confond alors parfois avec des cellules muqueuses. Ces dernières sont en général groupées par quatre ou cinq, légèrement polyédriques, leur protoplasma est plus vacuolaire, leur contour moins finement dessiné.

Dans tous ces cas douteux, on peut recourir aux

colorations par l'hématoxyline ferrique qui met en évidence le noyau caractéristique de l'Eutamœba Dysenteriœ mais c'est un procédé trop long et trop compliqué pour le praticien.

Un procédé beaucoup plus simple est à notre disposition : c'est de réchauffer les amibes, comme l'a conseillé Mathis, pour réactiver leurs mouvements. On peut chauffer la lame *par dessous*, avec une allumette, un petit tampon de coton imbibé d'alcool (Mathis) mais ce procédé oblige à déplacer l'appareil d'éclairage. Il est plus commode de diriger *sur* la préparation un jet d'air chaud obtenu avec une poire de dentiste dont on a fortement chauffé le tube effilé (Ravaut). Avec un peu d'habitude on arrive à chauffer sa préparation sans quitter de l'œil l'oculaire. Après un chauffage de quelques secondes, les amibes se réveillent et reprennent leur aspect typique ; si elles sont pathogènes, leur ectoplasme se sépare de l'endoplasme, des pseudopodes se forment brusquement, les inclusions globulaires deviennent apparentes. Parfois cependant cette épreuve ne donne aucun résultat. Il faut savoir rester dans le doute et, à moins d'avoir une très grande habitude de ces recherches, il ne faut pas affirmer que des amibes sont pathogènes si l'on n'a pas constaté nettement les caractères énumérés plus haut, en particulier des inclusions globulaires indiscutables.

Nous avons rencontré parfois, surtout dans des selles non sanglantes, jaunâtres, crémeuses, un troisième type d'amibe, l'*Amibe Minuta*. On a dis-

cuté beaucoup sur la place qui lui convient dans la nomenclature parasitologique. Sans reprendre ici ces controverses théoriques, nous dirons que son rôle pathogène nous paraît indéniable. Elle existait seule dans les selles de plusieurs malades atteints de diarrhée rebelle ; elle était seule en cause dans un cas de dysenterie compliquée d'abcès du foie ; enfin nous l'avons trouvée dans les selles d'un dysentérique où, les jours précédents, nous découvrions régulièrement l'Amibe histolytica, où, les jours suivants, nous avons rencontré des kystes dysentériques typiques. Cette Amibe Minuta mesure de 10 à 14 μ de long, n'a pas de noyau visible à l'état frais ; son ectoplasme et son endoplasme sont en général bien séparés, massés chacun à l'un des pôles du protozoaire ; ses mouvements sont assez lents.

On voit donc que l'examen des selles dysentériques, glairo-sanguinolentes, est relativement facile : les amibes y sont nombreuses, elles appartiennent en général à la forme histolytica qui est très caractéristique.

Au contraire, l'examen des selles atypiques, glaireuses, crémeuses ou simplement diarrhéiques est beaucoup plus délicat. Les amibes s'y rencontrent sous des formes qui prêtent à discussion, elles y sont parfois rares. Aussi est-il indispensable dans un cas de prolonger les examens et de les répéter.

On rencontre asez fréquemment, à côté des amibes, d'autres protozoaires, flagellés surtout : *Tetramitis Mesnili* piriforme avec un fouet caudal, *Tri-*

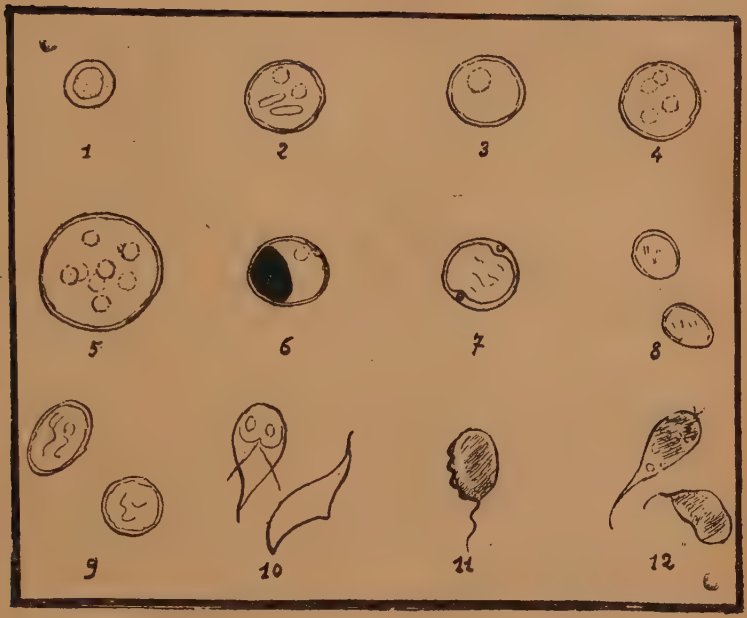
chomonas intestinalis ovalaire avec une membrane ondulante latérale, *Lamblia intestinalis* avec sa dépression ventrale reniforme portant deux ventouses. Nous ne pouvons que sigaler ces parasites, ils sont faciles à distinguer des amibes. Nous avons indiqué déjà leur fréquence, leur rôle pathogène probable. Nous avons également dit selon quelles méthodes il faut rechercher l'association à l'amibe des *bacilles dysentériques*. Citons enfin *les spirilles*, parfois très nombreux.

b) *Selle solide.* — En dehors des phases aiguës de l'amibiase, il est rare de trouver des amibes, et c'est une des raisons pour lesquelles l'amibiase chronique a longtemps été méconnue. Mais les kystes sont alors présents et leur recherche, délicate sans doute, n'exige du moins aucune technique compliquée.

La division que nous avons adoptée pour la commodité de l'exposé n'a pas, bien entendu, une valeur absolue. On peut trouver des kystes dans une selle glaireuse ou diarrhéique, mais on les trouve *seuls* dans les selles solides.

La technique de l'examen diffère naturellement un peu de celle indiquée plus haut.

1° *Comment faire le prélèvement?* Tout d'abord, il n'est pas nécessaire que les matières soient fraîchement émises, elles peuvent dater de la veille et nous verrons même que le formolage permet de les conserver beaucoup plus longtemps. Il est toujours recommandé d'éviter le mélange avec l'urine.



Parasites des selles d'Amibiens chroniques

1. Globule rouge.
2. 3. 4. Kystes de l'Entamœba Dysenteriae,
5. Kyste de l'Amœba Coli.
6. Kyste iodophile après action du liquide de Lugol.
7. Blastocystis homínis.
8. Kystes de flagellés (Tetramitus Mesnili ?).
9. Kystes de Lamblia intestinalis.
10. Lamblia intestinalis.
11. Trichomonas intestinalis.
12. Tetramitus Mesnili.

On prélève une parcelle de matières et, à la fois pour pouvoir l'étaler et pour rendre plus apparents les kystes et leurs noyaux, on la délaie dans une goutte de solution iodo-iodurée (solution courante pour Gram). Il faut parfois user de patience pour obtenir un bon étalement : certaines selles pâteuses sont élastiques, reviennent sur elles-mêmes dès qu'on cesse la compression, d'autres contiennent des débris, graines de fraises par exemple, sur lesquels la lamelle se brise si l'on insiste.

2° *Comment l'examiner?* — Comme pour la recherche des amibes, un premier examen est fait avec un objectif faible, mais on est forcé d'utiliser davantage l'immersion, les détails de structure des kystes n'apparaissant nettement qu'à un grossissement assez fort.

3° *Que faut-il voir?* — Sur le fond jaunâtre de la préparation, on distingue, parfois après de longues recherches, de petits corps arrondis ou légèrement ovalaires, gros à peu près comme un polynucléaire. Ces corps sont cernés par un double trait qui dessine leur membrane d'enveloppe. L'existence de cette membrane « à double paroi », dit-on parfois de façon assez incorrecte, est tout à fait caractéristique d'un kyste. A l'intérieur du kyste, répartis dans un protoplasma limpide, on aperçoit des noyaux arrondis, bordés de fines granulations. Ces noyaux, de nombre variable, ne sont pas tous dans un même plan, il faut faire varier la mise au point pour n'en

omettre aucun. Parfois, à côté des noyaux, existent des amas, des bâtonnets d'une substance réfringente, le chromidium.

Avec quels éléments peut-on confondre le kyste?

On les distinguera facilement des gouttelettes de graisse plus massives, plus réfringentes, sans double contour. Les leucocytes ne créeront pas non plus de grandes difficultés, ils n'ont pas de paroi visible et sont granuleux de façon uniforme.

D'autres éléments ont une membrane à double contour et sont déjà plus difficiles à écarter. Les *kystes de flagellés* (Tetramitus?) se distinguent par leurs petites dimensions (7 μ environ) leur forme ovoïde, l'absence de noyaux nets. Les kystes du *Lamblia* sont ovalaires, longs de 10 à 15 μ, larges de 8 à 9 ; on aperçoit à l'intérieur des lignes sinueuses correspondant aux flagelles du protozoaire. Le *Blastocystis Hominis* a parfois les dimensions d'un kyste dysentérique, mais sa paroi est plus forte, présente des épaississements irréguliers et contiennent des nucléoles. Brumpt a décrit le Blastocystis comme un champignon, d'autres parasitologues, Chatton par exemple, le considèrent comme un stade de l'évolution d'un flagellé. Ce qui nous intéresse surtout, c'est que cet élément ne paraît aucunement pathogène.

On rencontre assez souvent des kystes qui, à l'état frais, sont tout à fait semblables à ceux de l'Amœba Dysenteriœ : mêmes dimensions, même finesse de contours, présence d'un noyau bordé de fines granulations. Mais la coloration par le liquide de Lugol

fait apparaître une volumineuse vacuole très iodophile, brun foncé, tout à fait caractéristique. Ces kystes étaient généralement attribués à l'*Amœba Limax ;* récemment Mathis a décrit pour cette dernière une autre forme kystique ; les kystes iodophiles sont, d'après lui, encore indéterminés. Ils sont, en tout cas — et c'est ce qui nous importe — facilement distingués des kystes dysentériques.

La cause d'erreur la plus sérieuse, ce sont les kystes de l'*Amœba Coli*. Comme ceux de l'Amœba Dysenteriæ ils sont arrondis, possèdent une membrane à double contour, contiennent des noyaux. Sans doute, l'aspect général est un peu différent : le kyste dysentérique est plus grisâtre, son contour, ses noyaux sont dessinés plus finement ; le kyste Coli est un peu plus iodophile, son double contour est plus appuyé, ses noyaux plus apparents. Mais ce sont là des nuances, et les vrais caractères différentiels seront tirés des dimensions des kystes, du nombre de leurs noyaux, de la présence des masses chromidiales.

Les dimensions seront mesurées avec un oculaire micrométrique. On se souviendra que la solution iodo-iodurée, comme le formol dont nous parlerons tout à l'heure, fait rétracter légèrement les kystes. Les kystes dysentériques mesurent à l'*état frais*, de 10 μ. à 14 μ 5 ; les kystes Coli ont de 17 à 25 μ.

Les noyaux sont au nombre de 1 à 4 pour les kystes dysentériques, de 1 à 8 pour les kystes Coli.

Enfin Mathis et Mercier affirment que la présence

de chromidium est caractéristique des kystes de l'Amœba Dysenteriæ.

On voit que nous laissons une marge assez considérable entre les kystes pathogènes et les autres. Il nous semble en effet très vraisemblable que les chiffres extrêmes des dimensions sont sujets à revision. De plus, nous croyons indispensable, avant de cataloguer un kyste, non seulement de le mesurer, mais aussi de voir et de *compter* ses noyaux. Il nous est en effet plusieurs fois arrivé de trouver des kystes de 12 μ 5 de diamètre, leurs dimensions les auraient donc fait classer parmi les kystes dysentériques ; mais un examen attentif faisait découvrir 8 noyaux, et le diagnostic restait en suspens. Des recherches ultérieures préciseront sans doute ces points encore obscurs.

Dans l'état actuel de nos connaissances, *on comptera comme kystes dysentériquqes les éléments de 10 à 14 μ 5, possédant de 1 à 4 noyaux ;* la présence de chromidium n'est pas constante, elle n'est pas nécessaire pour affirmer le diagnostic.

Les kystes sont parfois peu nombreux, il faut les rechercher avec patience, faire plusieurs lames, examiner les selles plusieurs jours de suite. Nous examinons les selles pendans cinq jours au moins avant de conclure à l'absence de kystes et nous avons eu quelquefois un examen positif après 10 jours de recherches infructueuses.

Il sera très utile souvent de provoquer une entérite artificielle qui augmente l'élimination des kys-

les. M. Ravaut avait conseillé d'abord l'injection intra-veineuse de 0.01 à 0.04 centigrammes de cyanure de mercure. D'autres ont préconisé une purgation au sulfate de soude. Les procédés qui nous paraissent les plus recommandables sont le lavement purgatif du Codex ou le lavement iodo-ioduré (Manté, Carles) : Iode 0 gr. 50, iodure de potassium 1 gr., eau 1000 cc. Quelle que soit la formule adoptée, il faut examiner non pas la première selle, trop aqueuse, mais la seconde ou la troisième qui contiennent beaucoup plus d'éléments solides.

Dans ce bref exposé technique, nous avons volontairement laissé de côté des procédés plus complexes qui ne peuvent être mis en œuvre que dans des laboratoires.

Carles et Barthélemy ont préconisé un procédé très ingénieux de simili-homogénéisation et de tamisage des matières.

Mathis recommande pour les kystes comme pour les amibes la coloration à l'hématoxyline ferrique.

Enfin, tout récemment, Carles a trouvé quelques avantages à l'examen des matières à l'ultra-microscope : «... les kystes dysentériques sont très opalins, leurs chromidies apparaissent très réfringentes. Les kystes Coli apparaissent granuleux et leurs pseudo-chromidées sont sans réfringence ».

Il nous reste à dire un mot de deux difficultés qui peuvent gêner quand on désire faire un examen de selles.

Tout d'abord, il n'est pas toujours facile, surtout

en clientèle, d'obtenir une selle au moment voulu. On peut alors faire un grattage du rectum à l'aide d'une baguette de verre dont l'extrémité légèrement renflée se creuse en cupule. (Voir un croquis de cet instrument in Martinet, *Diagnostic Clinique*, p. 67).

Ou bien on ne peut pas se charger soi-même de l'examen microscopique. Si les matières doivent être conservées plus de 24 heures, il faut les formoler : il suffit de mettre dans un tube à essai, pour une partie de matières, 5 parties d'eau et une partie de formol à 40 % ; on agite fortement ; dans cette solution de formol à 5 ou 6 % les parasites sont tués, mais les kystes se conservent admirablement pendant plusieurs mois.

Il est bien entendu que ces recherches parasitologiques devront être complétées par l'examen de la flore intestinale (flore amylolytique, flore protéolytique...) et surtout par l'étude des fonctions digestives (durée de la traversée intestinale, résidus alimentaires...).

Nous ne faisons que signaler les autres examens de laboratoire.

En étudiant les formes cliniques de l'amibiase intestinale et les complications hépatiques, nous avons vu les renseignements qu'on peut tirer des éléments figurés du *sang* (p. 21 et 41).

Nous avons indiqué, dans le chapitre des abcès du foie, l'intérêt de la *radioscopie*. M. Bensaude et Mlle Braïlowsky, entre autres, ont bien étudié la radiosco-

pie de l'intestin dysentérique après lavement de bismuth.

Enfin la *recto-sigmoïdoscopie* est d'une importance de tout premier ordre au double point de vue du diagnostic des lésions dysentériques et de leur traitement.

CONCLUSIONS

I. — L'Amibiase n'est pas exceptionnelle en France.

II. L'Amibiase intestinale, en France, est presque une fois sur deux atypique, sans crise dysentérique, revêtant l'aspect d'une diarrhée, d'une affection gastrique, d'une appendicite, d'une lésion rectale, d'une infection subaiguë.

III. L'Amibiase hépatique s'installe souvent chez des malades dont les selles sont normales et ne contiennent aucun parasite ; elle est fréquemment sournoise. Il faut toujours penser à l'Amibiase devant une hépatite, il faut toujours penser à l'hépatite chez un amibien.

IV. — Pour le diagnostic des formes atypiques de l'Amibiase, l'examen microscopique des selles, et particulièrement la recherche des kystes, est le complément nécessaire de l'examen clinique.

V. — Dans tous les cas douteux, il est indispensable de recourir au traitement d'épreuve.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
HUTINEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

Traités de Pathologie exotique de Le Dantec (collection Testut). — P. Manson (traduction chez Masson). — Jeanselme et Rist (Masson). — Kelsch et Keiner (Baillière).

Lœper in Debove, Achard, Castaigne. — *Manuel des maladies du tube digestif* (Masson).

Dopter. — *Les dysentéries*, étude bactériologique (Doin, 1909).

Dopter. — *Les dysentéries*. Epidémiologie, anatomie pathologique, clinique et thérapeutique (Doin, 1910).

Mathis et Léger. — *Maladies de l'intestin*, in *Traité de Pathologie exotique* (Baillière).

Ricaldoni Y A. Berta. — *La Disenteria Amibiana en el Uruguay*, Anales de la Facultad de Medecina, Montevideo, 1916.

Vincent et Muratet. — *Dysenteries. Choléra asiatique et Typhus exanthématique* (Masson, 1917, collection Horizon).

Carnot et Turquety. — Les maladies d'importation exotique depuis la guerre, *Paris Médical*, 1er décembre 1917.

Bloch et Mattée. — L'amibiase sur le front français Centre-Est, *Annales de Médecine*, 1918, n° 4.

CARLES. — *La dysentérie amibienne et les entérites chroniques de guerre* (Vigot, 1918).

CARLES. — Les entérites chroniques consécutives aux dysenteries, *Journal Médical Français*, août 1919.

CHAUFFARD. — *Exposé des titres et travaux scientifiques* (Masson, 1918).

RAVAUT et KROLUNITSKY. — Les états dysentériformes et les dysenteries au cours de la guerre, *Revue générale de pathologie de guerre* (Vigot).

RAVAUT. — *Syphilis, Paludisme, Amibiase. Traitement initial et cure de blanchiment* (Masson, 1918) (collection Horizon).

RAVAUT et CHARPIN. — L'amibiase en France pendant la guerre, *Journal Médical Français*, août 1919.

HISTORIQUE

DOPTER. — *Transmissibilité de la dysentrie amibienne en France*, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 28 octobre 1904.

BAUDIN. — *La dysentérie amibienne autochtone*, Th. de Lyon, 1912.

PAVIOT et GARIN. — Etude sur la dysenterie amibienne autochtne, *Journal de Pathologie et Physiol. générales*, mars 1913.

BOBILLIER. — *La dysenterie amibienne du tout petit enfant*, Th. de Paris, 1912-13.

CHAUFFARD. — La dysenterie amibienne chronique. *Presse Méd.*, 14 mai 1913.

CHAUFFARD. — Les rechutes dans la dysenterie amibienne, *Bulletin Médical*, 13 décembre 1913.

LANDOUZY et DEBRÉ. — Les porteurs de germes importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysenterie amibienne, *Presse Méd.*, 25 mars 1914.

Lagane. — Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne, *Presse Méd.*, 20 juin 1914.

Remlinger et Dumas. — La diarrhée dite des tranchées, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 mai 1915.

Sacquépée, Burnet et Weissembach. — Recherches sur les diarrhées et dysenteries en campagne, *Paris Méd.*, 24 juillet 1915.

Remlinger et Dumas. — La dysenterie de l'Argonne, *Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1915.

Ravaut et Krolunitsky. — Epidémie de dysenterie amibienne avec présence dans quelques cas du bacille dysentérique. Rôle tout à fait secondaire de ce bacille. Traitement de la dysenterie amibienne par l'arsenobenzol. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 15 octobre 1915.

Job et Ernoul. — Un cas de dysenterie amibienne autochtone, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 15 octobre 1915.

Rathery et Fourniols. — Quelques réflexions touchant le traitement des dysenteries, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 4 février 1916.

Richet fils. — Contagion de la dysenterie amibienne dans la zone tempérée, Soc. Méd. des Hôp. de Pari,s 10 décembre 1916.

FORMES CLINIQUES DE L'AMIBIASE INTESTINALE

Ravaut. — L'amibiase chronique en France à la fin de 1916, *Presse Méd.*, 8 février 1917.

Ravaut et Charpin. — Sur quelques cas d'amibiase méconnue, *Gaz. des Hôp.*, 19 juin 1919.

Ravaut et Charpin. — Recherches sur le traitement mixte de l'amibiase intestinale chronique par la voie buccale, *Paris Méd.*, 16 août 1919.

M. Bloch. — L'amibiase suraiguë, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 17 novembre 1916.

Mattéi et Bloch. — Aspect des selles dans les formes atypiques de la dysenterie amibienne, *Presse Méd.*, 26 juillet 1917.

Job et Hirtzmann. — Note sur quelques symptômes observés au cours de la dysenterie amibienne, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 13 octobre 1916.

Carles et Froussard. — Les reviviscences de la dysenterie amibienne, *Progrès Médical*, 5 décembre 1916.

Mouriquand et Deglos. — L'entérite des amibiens, *Paris Méd.*, 1er décembre 1917.

Flandin. — La recto-colite sèche d'origine amibienne ; son traitement par le chlorhydrate d'émétine, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 10 juillet 1914.

COMPLICATIONS HÉPATIQUES

Bertrand et Fontan. — Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds, Société d'éditions scientifiques, Paris, 1895.

Fontan. — Les grands abcès du foie (Doin, 1909).

Chauffard. — Maladies du foie et des voies biliaires. T. V. du Traité de Médecine Bouchard et Brissaud. (Masson).

Remlinger. — L'hépatite aiguë dysentérique. Son traitement par la saignée du foie, *Revue de Médecine*, 10 août 1900.

Remlinger. — Foie infectieux aigu simulant l'abcès hépatique, *Presse Méd.*, 21 janvier 1903.

Castaigne et Chiray. — *Manuel des maladies du foie et des voies biliaires* (Masson).

Achard et Foix. — Hépatite tardive à forme nodulaire, Académie de Médecine, 21 juillet 1914.

Dartiguenave. — *Traitement des amibiases hépatiques par l'émétine*, Th. Paris, 1913-14.

Rist et Rolland. — Un cas d'amibiase hépatique autochtone, Réunion médicale de la VI[e] armée, *Presse Méd.*, 31 janvier 1916.

Lian et Lyon-Caen. — Abcès du foie traité dès le début de sa formation par l'émétine et guéri sans ponction ni intervention, Réunion médic. de la IV[e] armée, 25 août 1916, Analyse *Presse Méd.*, 9 octobre 1916.

Lebœuf et Braun. — Fréquence de l'amibiase autochtone, intestinale et hépatique, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 20 octobre 1916.

Grall. — Amibiase hépatique à forme fruste chez les paludéens de l'armée d'Orient, *Bulletin Soc. Pathol. Exot.*, janvier 1917.

Boidin et Dujarric de la Rivière. — A propos de quelques cas d'hépatite amibienne non suppurée. Réunion méd. de la IV[e] armée, 22 février 1917, Analyse : *Presse Méd.*, 4 juin 1917.

Gros et de Teyssier. — L'émétine dans l'amibiase hépatique, *Arch. de Méd. et de Pharm. militaires*, octobre 1917 et juillet 1918.

Job et Spick. — L'évolution et le traitement des abcès dysentériques du foie d'après 92 observations personnelles recueillies au Maroc, *Annales de Médecine*, novembre-décembre 1917.

Goulven. — *Contribution à l'étude du traitement de l'hépatite amibienne suppurée par l'émétine, sans intervention chirurgicale*, Th. Paris, 1918-19.

Paisseau et Hutinel. — Hépatite amibienne chronique. *Annales de Médecine*, 1919, n° 1.

Ravaut et Faraut. — Abcès amibien du foie faisant saillie au creux épigastrique. Rétrocession rapide de la tumeur et des signes de suppuration sous

l'influence du traitement médical, Soc. Médico-Chir. de la XV[e] Région, 21 février 1918, *Marseille Médical*, 1918, p. 251.

Ravaut et Charpin. — Sur quelques faits paradoxaux susceptibles d'égarer le diagnostic d'hépatite amibienne, *Presse Méd.*, 10 février 1919.

F. Françon. — *Les hépatites amibiennes aiguës abortives*, Th. Paris, 1919.

COMPLICATIONS SURRÉNALES

Ravaut et Kroluditsky. — Insuffisance surrénale aiguë guérie par l'adrénaline. Raie blanche surrénale. Recherches sur sa valeur clinique, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 16 juillet 1915.

Ravaut et Krolunitsky. — Sur quelques formes cliniques de dysenterie ambienne autochtone observés au cours de la petite épidémie de la région du Nord, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 9 juin 1916.

Dujarric de la Rivière et Villerval. — Dysenterie amibienne autochtone à forme surrénale, Réunion médic. de la IV[e] armée, 28 décembre 1916.

E. Agnel. — *L'insuffisance surrénale et la guerre*, Th. Paris, 1919.

Mattei. — Insuffisance rénale et troubles gastro-intestinaux chez les soldats en campagne, *Paris Médical*, 17 mars 1917.

INFECTIONS SURAJOUTÉES

Roussel, Brulé, Barat et Marie. — Les association de l'amibe et des bacilles dysentériques, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 25 février 1916.

Ravaut et Krolunitsky. — Pourquoi avons-nous failli méconnaitre la dysenterie amibienne ? *Presse Méd.*, 17 avril 1916.

Ravaut. — A propos du suc-diagnostic de la dysenterie bacillaire, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 24 novembre 1916.

Job et Hirtzmann. — Paludisme et diarrhée, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 juin 1919.

Carles. — Dysenterie amibienne chronique et I B E, *Paris Médical*, 7 décembre 1918.

EXAMEN DES SELLES

Brumpt. — *Précis de parasitologie* (Masson).

R. Gaultier. — *Précis de coprologie clinique.* (Baillière).

N. Fiessinger. — *Les diagnostics biologiques en clientèle* (Maloine).

Mathis et Mercier. — L'amibe de la dysenterie, *Bull. Institut Pasteur*, 15 novembre 1916.

Mathis et Mercier. — Identification des kystes des entamibes intestinales de l'homme, *Presse Méd.*, 22 juin 1907.

Mathis et Mercier. — Note, Soc. de Biologie, 20 octobre 1917.

Mathis et Mercier. — Note, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 12 janvier 1917.

Mathis. — Les difficultés de la recherche et le diagnostic des entamibes intestinales de l'homme, *Paris Méd.*, 17 mai 1919.

Job et Hirtzmann. — L'amibe dysentérique, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 21 juillet 1916.

Carles et Barthélemy. — L'examen des selles de la dysenterie amibienne. *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, T. XXVII, n° 6, décembre 1917.

Carles et Barthélemy. — La recherche des kystes dysentériques, *Paris Méd.*, 1er décembre 1917.

Carles et Barthélemy. — Les procédés d'enrichissement des selles en coprologie, *Journal de Médecine de Bordeaux*, septembre 1917.

Barthélemy. — *Essai de coprologie microscopique* (Vigot, 1917).

Goiffon. — Entérites chroniques et coprologie, *Presse Méd.*, 2 mai 1918.

Chatton. — Les Blastocystis, Soc. de Biologie, 2 juin 1917.

Mauté. — Contribution à l'étude de la dysenterie amibienne, *Presse Méd.*, 26 octobre 1916.

Ravaut et Krolunitsky. — Les kystes amibiens. Importance de leur recherche dans le diagnostic et la pathogénie de la dysenterie amibienne. *Presse Méd.*, 3 juillet 1916.

Ravaut et Krolunitsky. — Quelques notions de technique pratique sur la recherche microscopique des amibes et de leurs kystes. *Presse Méd.*, 28 juin 1917.

RECTOSCOPIE ET RADIOSCOPIE

Bensaude. — *Journal Médical Français*, octobre 1912.

Carles et Froussard. — Les lésions recto-coliques de la dysenterie amibienne. Leur étude sur le vivant par l'examen recto-sigmoïdoscopique, *Presse Méd.*, 15 mars 1917.

Z. Brailowsky. — *L'examen rectoscopique et radiologique dans les dysenteries*, Th. Paris, 1917-18.

Table des Matières

Pages

Introduction 9

Chapitre I. — Formes cliniques de l'Amibiase intestinale chronique 15

Chapitre II. — Complications 33

Chapitre III. — Eléments de coprologie microscopique 63

Conclusions 79

Bibliographie 81

214

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE